

Camelia Lucia Bakri

Abordări manageriale în serviciile sanitare



Presă Universitară Clujeană

CAMELIA LUCIA BAKRI

**ABORDĂRI MANAGERIALE
ÎN SERVICIILE SANITARE**

CAMELIA LUCIA BAKRI

**ABORDĂRI MANAGERIALE
ÎN SERVICIILE SANITARE**

PRESA UNIVERSITARĂ CLUJEANĂ

2019

Referenți științifici:

Prof. univ. dr. Cristina Borzan

Conf. univ. dr. Maria Daniela Pipaș

ISBN 978-606-37-0512-0

© 2019 Autoarea volumului. Toate drepturile rezervate.
Reproducerea integrală sau parțială a textului, prin orice mijloace, fără acordul autoarei, este interzisă și se pedepsește conform legii.

Universitatea Babeș-Bolyai

Presa Universitară Clujeană

Director: Codruța Săcelean

Str. Hasdeu nr. 51

400371 Cluj-Napoca, România

Tel./fax: (+40)-264-597.401

E-mail: editura@editura.ubbcluj.ro

<http://www.editura.ubbcluj.ro>

Cuprins

Prefață	9
Cuvânt înainte.....	11
Introducere.....	13
Capitolul 1. Managementul serviciilor sanitare	25
1.1. Fundamente teoretice ale managementului.....	25
1.2. Tipologia unităților sanitare.....	30
1.3. Cultura organizațională.....	40
1.4. Leadership și stiluri de lideri	45
Capitolul 2. Funcțiile manageriale în serviciile sanitare	55
2.1. Funcțiile manageriale și caracteristicile lor în cadrul serviciilor sanitare	55
2.1.1. <i>Planificarea</i>	57
2.1.2. <i>Organizarea, autoritatea și relațiile interumane</i>	60
2.1.3. <i>Conducere – antrenare și motivare</i>	67
2.1.4. <i>Control și evaluare</i>	70

2.2. Elemente de etică și responsabilitate socială.....	72
2.3. Calitate și siguranță în serviciile medicale	80

Capitolul 3. Retrospectivă asupra managementului

practicat în serviciile sanitare.....93

3.1. Managementul și managerii serviciilor sanitare	93
3.2. Managementul resurselor umane	96
3.3. Managementul sistemului organizatoric și al resurselor financiare	105
3.4. Managementul reglementărilor și al schimbărilor	109
3.5. Managementul imaginii și al relațiilor cu beneficiarii	119
3.6. Tipuri de manageri și personalitatea lor.....	119

Capitolul 4. Strategii de personal în serviciile sanitare.....131

4.1. Dezvoltarea competențelor manageriale și ale carierei în sănătate	131
4.2. Strategii de personal în sistemul de sănătate.....	141
4.3. Motivație, satisfacție și performanță în muncă	145
4.4. Stresul profesional și tulburările de stres	152
4.5. Formalizarea relațiilor, coordonarea și cooperarea – efecte pozitive	154

Capitolul 5. Calitate, evaluare și excelență

în serviciile sanitare159

5.1. Noțiuni teoretice asupra conceptului de calitate.....	159
5.2. Evoluția și atributele calității	164
5.3. Managementul calității serviciilor de sănătate	172

5.4. Dimensiunile calității în îngrijirile medicale	175
5.4.1. <i>Perspectiva excelenței văzută prin prisma managementului calității totale</i>	179
5.4.2. <i>Obstacole în calea excelenței în sistemul de sănătate</i>	182
Capitolul 6. Performanță în serviciile sanitare	185
6.1. Abordarea managementului performant prin dezvoltarea unor relații eficiente cu beneficiarii serviciilor sanitare	185
6.1.1. <i>Cadrul general privind performanța în serviciile sanitare</i>	185
6.1.2. <i>Abordarea relației cu beneficiarii serviciilor sanitare</i>	191
6.1.3. <i>Contextul existențial al pacienților</i>	193
6.1.4. <i>Evaluarea performanței și utilitatea evaluării</i>	196
6.2. Evaluarea serviciilor și a programelor de sănătate	200
6.3. Cercetarea evaluativă și concluziile obținute în baza analizei calității serviciilor de sănătate	203
Bibliografie	211

Prefață

Reforma sistemului de sănătate din țara noastră a determinat tranziții majore în structura și funcționarea serviciilor de sănătate dar și în mentalitatea furnizorilor și a utilizatorilor acestora.

Asistența primară a stării de sănătate a populației, apanajul rețelei de Cabinete de Medicină de familie, a impus tranziție și în managementul accesului spre servicii de sănătate, atât pentru furnizori cât și pentru utilizatori. Formarea profesională prin specialitate și primariat, completată de educația medicală continuă a personalului care acordă servicii specializate la acest nivel, girează calitatea actului medical. Aspectele care fac diferența de percepere a calității serviciilor sunt apanajul activității manageriale din sistemul de tip privat al asistenței primare, relațiile contractuale și nivelul de educație civică și educație pentru sănătate a utilizatorilor.

Prezenta lucrare este emanația unor nevoi resimțite și exprimate de dezvoltare personală, a carierei și a antreprenoriatului, pe care medicul de familie trebuie să-l realizeze în condițiile concurențiale ale pieței reglementate a serviciilor de sănătate.

Autoarea a demonstrat preocupări și experiență în investigarea legislației și literaturii de specialitate, în domeniul vast și în permanentă schimbare al managementului serviciilor de sănătate și a ales o abordare pertinentă a aspectelor care se constituie în suport pentru cei care acordă asistență în specialitatea de Medicină de familie.

Cartea este utilă furnizorilor de servicii de sănătate dar și utilizatorilor acestora și se poate constitui în suport destinat formării și schimbării atitudinilor populației față de activitățile oferite la nivelul cabinetului de Medicină de familie.

Este o carte de citit, care invită la reflecții asupra nivelului personal de cunoștințe în domeniul managementului din sistemul de sănătate și care poate deschide noi perspective de optimizare a comunicării medic de familie-asigurat!

Prof. univ. dr. **Cristina Borzan**

Cuvânt înainte

Lucrarea *Abordări manageriale în serviciile sanitare*, propusă de Doamna **Camelia Lucia BAKRI**, Medic de familie cu o vastă experiență în domeniu și Doctor în domeniul Management, reprezintă o pledoarie convingătoare în favoarea practicării unui management performant în sistemul sanitar, prin aplicarea unui set de bune practici recomandat de către autoare.

Spre deosebire de sectorul economic al producției materiale, unde se urmărește obținerea profitului și acesta, odată realizat, poate da indicații asupra performanței, în sistemul sanitar profitul nu poate constitui un indicator al calității și performanței. Calitatea serviciilor de sănătate înseamnă asigurarea unei practici bune, dar și introducerea unor proceduri și tehnici noi, concomitent cu reducerea costului și creșterea productivității în vederea satisfacerii pacientului. Pe de altă parte, calitatea îngrijirilor de sănătate, prezintă interes pentru medici, pentru pacienți, manageri, societate și stat, fiind unul din scopurile principale ale ocrotirii sănătății: asistența medicală trebuie să fie eficientă, accesibilă, umană și mai ales trebuie să fie prestată pe baza echității. Din orice perspectiva am privi managementul practicat în

Abordări manageriale în serviciile sanitare

serviciile de sănătate, el reprezintă o specialitate extrem de complexă și novatoare.

Având în vedere importanța, actualitatea subiectelor tratate și complexitatea lor, felicit autoarea pentru acest succes și efortul susținut în realizarea prezentului demers și propun editurii "Presa Universitară Clujeană" publicarea cărții cu cea mai mare încredere.

Conf. univ. dr. **Maria Daniela Pipaș**

Introducere

Managementul serviciilor sanitare reprezintă o componentă deosebit de importantă a științei managementului, deși este puțin abordată în literatura de specialitate. Având un caracter multidisciplinar, acest tip de management este explicabil prin integrarea metodelor ce aparțin diferitelor domenii conexe ca: sociologie, psihologie, informatică, statistică etc. Din acest punct de vedere, putem aprecia că managementul serviciilor sanitare reprezintă totalitatea proceselor specifice de muncă prin care se obține îmbunătățirea și menținerea stării de sănătate a populației, asigurarea resurselor necesare desfășurării unor activități sanitare integratoare, precum și aplicarea celor mai moderne metode și tehnici care determină în principiu chiar existența serviciilor sanitare.

Lumea este într-o continuă schimbare. Necesitatea sau obligația, de a reforma se impune în toate sectoarele economice, inclusiv în sectorul sănătății, care este la loc de frunte în această agitație socială și economică din punct de vedere conceptual și managerial. Este o certitudine că sectorul sănătății din România trebuie, fără nici o îndoială, să fie reformat în profunzime.

Astăzi, organizațiile din domeniul sanitar nu mai pot funcționa eficient fără o abordare completă și complexă a aspectelor financiare, clinice, operaționale și umane. Pasul înainte care a contribuit hotărâtor la îmbunătățirea performanțelor este abordarea multidimensională. Se pune astfel problema creării unei culturi de îmbunătățire continuă și de creștere a responsabilității. Astfel, atenția organizației este focalizată asupra pacientului, principala contribuție fiind munca în echipa multidisciplinară. Comunicarea eficientă între toate departamentele implicate, abordarea aspectelor formale, dar și a celor informale, constituie pietrele de temelie a unei noi filosofii organizaționale sanitare. Includerea noțiunilor de resurse umane și implicarea activă a angajaților ca elemente de bază ale managementului sanitar modifică radical orientarea organizațiilor sanitare.

Abilitatea de a crește performanțele începe, bineînțeles, cu dorința de îmbunătățire care rămâne sterilă dacă nu este facilitată modalitatea de reformă prin alocarea resurselor adecvate. Resursele necesare include personal medical și auxiliar, timpul alocat, educația, resursele financiare, sistemele informatice și instrumentele de evaluare a performanței.

Managerii sunt cei care trebuie să stabilească, în primul rând, prioritățile bazate pe informațiile disponibile, apoi să formeze echipe adecvate. Aceste echipe, deși coordonate de profesioniști din domeniul medical, ar trebui să includă în mod necesar manageri profesioniști din domeniul sanitar specializați pe această ramură.

Noua viziune managerială implică un sistem integrat, unitar, în care componentele sunt asimilate cu părțile integrate

sistemului. Elaborarea unei strategii manageriale globale simplifică și eficientizează aspectul resurselor umane integrate. Alocarea resurselor trebuie să se realizeze în funcție de priorități și indici de performanță, în acest caz instrumentele de evaluare având un rol vital. Indicatorii care trebuie urmăriți sunt cererea, raportul costuri/resurse, resursele umane, productivitatea, calitatea și, nu în ultimul rând satisfacția pacienților și a personalului medico-sanitar. Evaluarea tuturor informațiilor pentru alegerea direcției de acțiune este un proces individualizat pentru fiecare organizație în parte în funcție de complexul de împrejurări, profilul și dotarea, precum și în funcție de aspectele demografice ale populației țintă.

Obiectivul unei instituții sanitare este acela de servire a interesului public, existând situații în care inițiativa particulară nu poate acoperi cerințele societății. În condițiile tranziției spre economia de piață este necesară o transformare a calității administrației acestor instituții către profesionalism, ceea ce înseamnă o instruire permanentă a angajaților prin intermediul cursurilor de formare profesională continuă.

Managementul serviciilor sanitare se regăsește prin totalitatea proceselor specifice de muncă cu ajutorul cărora se realizează îmbunătățirea stării de sănătate a populației, asigurarea resurselor necesare desfășurării activităților sanitare și aplicarea celor mai moderne metode și tehnici pentru îndeplinirea eficientă a rațiunii care determină existența unei unități sanitare. Prin conținutul și complexitatea proceselor specifice managementului serviciilor medicale, acestea au un impact semnificativ asupra competitivității și adresabilității populației la serviciile medicale.

Creșterea costurilor din sfera serviciilor medicale, concomitent cu imensele progrese tehnice înregistrate în domeniul ocrotirii sănătății, impun stabilirea de politici economice, de previziuni și limite pentru finanțarea acestui tip special de activități sociale. În acest context, devine oportună studierea problemei marii nevoi de servicii medicale în raport cu resursele limitate, analiza cererii și a ofertei din sistemul sanitar, stabilirea modalităților de tarificare și finanțare, cu respectarea criteriilor de eficiență.

Aceste analize sunt mai puțin accesibile personalului medical care nu este familiarizat cu noțiunile economice de specialitate, dar fac obiectul de cercetare al profesioniștilor din domeniul științelor economice. Din păcate, în țara noastră nu s-au efectuat astfel de studii economice, literatura de profil limitându-se la cursurile de medicină socială sau statistica medicală. Desigur că sunt numeroși cei care au impresia percepției acestor fenomene și a consecințelor lor, fără a înțelege în mod real mecanismele de funcționare ale sistemului sanitar.

Îmbunătățirea managementului și organizarea sistemului de furnizare a serviciilor de sănătate presupune o mai bună organizare internă a furnizorilor de servicii de sănătate, publici și privați, în așa fel încât să fie mai bine adaptați la nevoile în continuă evoluție ale beneficiarilor, presupune responsabilizarea tuturor actorilor implicați în acordarea de servicii de sănătate pentru funcționarea eficientă a întregului sistem de sănătate publică.

Sistemul sanitar trebuie să corespundă așteptărilor populației, ceea ce implică respectul pentru individ (autonomie și confidențialitate) și orientarea pacientului (servicii prompte

și de calitate, dotări de ultimă generație), finanțarea echitabilă, cheltuielile care să reflecte capacitatea de plată și nu neapărat riscul de îmbolnăvire.

Performanța unei organizații oferă avantajul competitiv prin conținutul și calitatea resurselor umane, cu precădere în unitățile medico-sanitare, unde profesionalismul oferă valoare personalului. Acest lucru presupune îmbunătățirea continuă a activității tuturor angajaților în scopul realizării obiectivelor organizaționale, în timp ce acțiunile manageriale trebuie să ia în considerare fiecare angajat ca o entitate distinctă, cu caracteristici personale specifice, ținând cont de faptul că resursele umane sunt valoroase, rare și relativ de neînlocuit.

Din perspectiva managementului organizațional și implicit al managementului resurselor umane, unul din obiectivele majore este de suprapunere a intereselor individuale cu cele ale organizației. În acest context, noile sisteme de gestionare a resurselor umane își propun să clarifice locul, rolul și sarcinile angajaților, să stimuleze creativitatea și să instituie un sistem de comunicare eficient care să răspundă nevoilor de participare a angajaților. În același timp, se vor crea premisele necesare motivării angajaților și recunoașterii meritelor și a realizărilor acestora, fapt pentru care managerii sunt cei care au responsabilitatea de a îndeplini această misiune printr-o înțelegere profundă și obiectivă a trecutului, abordarea matură și reală a prezentului, previzionarea amplă a viitorului și abilitatea de a comunica cu angajații și echipa managerială.

O stare bună de sănătate este un element esențial al bunăstării umane, reprezentând o valoare în sine. Aceasta trebuie privită prin prisma a două puncte de vedere: la nivel individual, o stare bună de sănătate permite oamenilor să își desfășoare activitățile în mod eficient și eficace, dobândind un grad ridicat al calității vieții, iar la nivelul societății, se obține o stare de sănătate ridicată care reprezintă elementul cheie al capitalului uman și contribuie în mod implicit la competitivitatea tuturor organizațiilor medico-sanitare în atingerea celui mai de preț deziderat uman: SĂNĂTATEA.

Caracteristicile muncii în unitățile medico-sanitare determină un specific aparte cu deosebire activitatea managerială, care sporește dificultatea procesului de muncă, mai ales în rezolvarea unor probleme urgente, cu atât mai mult că de multe ori este vorba de viața omului și/sau starea de sănătate a pacienților. Poate nu în zadar este necesar un program de dezvoltare managerială care să pregătească managerii pentru activitatea de conducere, program care poate fi realizat pe baza unui sistem de antrenare a competențelor manageriale.

Din această perspectivă practicile manageriale trebuie să încurajeze spiritul de excelență în rândurile angajaților, să facă posibilă crearea unui climat de autodepășire, de perfecționare profesională și de fixare a unor obiective bine precizate.

La nivelul managementului de vârf din unitățile medico-sanitare trebuie să existe importante abilități de comunicare și gândire strategică, care să contribuie la schimbări ce urmăresc introducerea unor modificări atât la nivel individual cât și la nivel de grup/social. În funcție de modul de gestionare și de folosire a timpului se vor determina

rezultatele muncii proprii și ale echipei, fiind necesare preocupări reale referitoare la aplicarea factorului motivațional în vederea creșterea satisfacției în muncă cu scopul de a îmbunătăți propria activitate și obținerea unui comportament organizațional adecvat atingerii obiectivelor și implicit a unor performanțe ridicate.

În prezent, unitățile medico-sanitare au devenit un loc de aplicare de înalte tehnologii, competențe și profesionalism necesare acordării în cele mai bune condiții a asistenței medicale de calitate. Astfel, sistemul de sănătate însumează toate activitățile al căror scop principal este promovarea, menținerea sau refacerea stării de sănătate, iar existența unui personal bine pregătit și motivat este o condiție esențială pentru asigurarea unor servicii de calitate. De aici și importanța motivației, care este imboldul sau motivul psihologic ce influențează atitudinile sau acțiunile unei persoane, fiind factorul determinant pentru reușita activității.

Motivația personalului are un rol important în stimularea inițiativei, a efortului și reușitei, iar managerii pot obține succese în activitatea lor dacă reușesc să înțeleagă bine acest rol. Motivația inițiază și divizează comportamentul, iar în cazul conflictelor de muncă managerii sunt cei, care în exclusivitate, trebuie să realizeze o comunicare organizațională facilă pentru a reuși coeziunea membrilor din grup. Din acest considerent este foarte importantă motivarea adecvată a comunicării, transmiterea clară a mesajelor, îmbunătățirea capacității de exprimare și ascultare, promovarea stilurilor de management participativ, abilitatea de a cunoaște stilurile de comunicare și aplicarea unei structuri organizatorice flexibile

care să permită eficacitatea comunicării. Și tot managerii sunt cei care trebuie să depună eforturi pentru a îmbunătăți coordonarea în interiorul organizației, fiind necesară o cunoaștere a relațiilor de coordonare și stabilire a diferitelor mecanisme care să ofere o comunicare și cooperare eficace activității.

Medicina este una din activitățile cele mai complexe din orice societate, fiind o activitate de vârf deoarece întreg personalul angajat în unitățile sanitare desfășoară acțiuni de importanță și urgență uneori maximă, ceea ce implică dăruire, responsabilitate maximă și suprasolicitare în condiții de muncă cu nivel de risc crescut.

Medicii și în mod special managerii unităților sanitare au o dublă responsabilitate, atât medicală, în relația cu beneficiarii cât și managerială în relația cu personalul, respectiv cu organizația ca întreg.

Planificarea, organizarea, conducerea, controlul activităților, motivarea personalului angajat și nu în ultimul rând crearea unor relații de încredere în cadrul echipei reprezintă aspectele de bază necesare creșterii calității tuturor prestațiilor și în final pentru a atinge, în cele mai oprime condiții, dezideratul construirii unei organizații sanitare sănătoase posesoare a unui management de excelență. Din acest punct de vedere, într-o astfel de organizație oamenii sunt mulțumiți, se identifică cu nevoile și obiectivele ei, devin loiali organizației preocupându-se de calitatea acțiunilor lor și asigurând prin aceasta satisfacția beneficiarilor.

Modificările atitudinii, comportamentului și pretențiilor beneficiarilor au impus elaborarea unor noi modele de

relaționare între personalul sanitar și aceștia. În acest sens, A.V. Ciurea¹ susține că: *„pacienții nu mai sunt interpretați ca bolnavi, ci ca beneficiari ai unor servicii medicale de îngrijire care trebuie să fie de calitate, competitive în condițiile concurenței, care devine din ce în ce mai prezentă”*.

În ultima perioadă de timp, în centrul preocupărilor responsabililor din sistemul de sănătate românesc s-au identificat preocupări reale pentru atingerea unui management performant, căutarea modalităților de eficientizare a unităților medico-sanitare, de sporire calității prestațiilor și a performanțelor activităților aferente.

Ca răspuns la nevoia de modernizare a sistemului de sănătate autohton, managementul sănătății a cunoscut o evoluție semnificativă, astfel că activitatea din domeniu s-a intensificat și concretizat printr-o serie de proiecte, aplicații informatice și lucrări de specialitate.

Preocupările pentru managementul organizațiilor de sănătate, pentru managementul sistemului de sănătate și mai ales pentru managementul resurselor umane care își desfășoară activitatea în sănătate au luat o adevărată amploare. S-a dovedit, cu certitudine, că o adevărată reformă sanitară nu poate fi realizată fără implicarea teoriilor și practicilor aferente managementului organizațional, economic și al resurselor umane. Optimizarea activității și implicit a condițiilor de muncă, reducerea cheltuielilor, ameliorarea climatului psiho-social organizațional, gestiunea fluxurilor informaționale, o comunicare continuă și eficientă, precum și creșterea calității

¹ A.V. Ciurea, V.Gh. Ciubotaru, E. Avram, *Dezvoltarea managementului în organizațiile sănătății*, București, Editura Universitară, 2007, p.41.

serviciilor au devenit domenii de interes major pentru programele de management sanitar.

Ocrotirea sănătății reprezintă un serviciu foarte important oferit populației, deoarece aceste servicii au ca obiectiv asigurarea sănătății populației, menținerea și refacerea capacității forței de muncă, fiind intens implicate în crearea condițiilor existenței individului și a societății, cu relațiile interumane și cu mediul natural sau cel creat de societate.

Starea de sănătate a populației se află într-o relație de interdependență și intercondiționare cu evoluția socială în ansamblul ei, cu celelalte componente ale economiei și calității vieții fiind determinată de nivelul de dezvoltare economico-socială, de standardul de igienă individuală, de gradul de cultură, de structura consumului și nu în ultimul rând, de calitatea serviciilor de sănătate.

Conform opiniei lui A.V. Ciurea²: *„serviciile de sănătate sunt utilizate, în principal, pentru impactul (pozitiv), anticipat, asupra stării de sănătate. Pacienții în calitate de consumatori de servicii medicale, preferă obținerea unei stări de sănătate mai bune...”*

Scopul oricărui individ este reprezentat de obținerea unei stări de sănătate mai bună, în acest sens, de-a lungul timpului s-a constatat existența unei relații directe dintre starea de sănătate și venitul individului, în sensul că, atunci când acesta dispune de o stare de sănătate bună, își poate utiliza întregul potențial fizic și intelectual în desfășurarea tuturor activităților, ceea ce poate conduce la o creștere a veniturilor, în timp ce boala atrage după sine scăderea acestora.

² A.V. Ciurea, V. Gh. Ciubotaru, E. Avram, *Management în unitățile medico-sanitare*, București, Editura Universitară, 2011, p.19.

În ultimele decenii, starea de sănătate a populației este abordată în dinamică, urmărindu-se aplicarea unor indicatori care să evidențieze tendințele de evoluție a fenomenelor de sănătate și să permită aplicarea unor intervenții țintite și rapide, desfășurate cu eficiență și eficacitate maximă. Conform Organizației Mondiale a Sănătății³, abordarea stării de sănătate în dinamică se referă la: *„sănătate și boală ca un produs cumulativ al sinergiei dintre diferitele condiții și boală și între boli-condiții și evenimentele apărute în realitate.”*

³ Organizația Mondială a Sănătății, *Rezoluția Nr. 5123/1998 a Adunării Mondiale a Sănătății*, a 51-a Sesiune a Adunării Mondiale a Sănătății WHA 51.23 16 mai 1998.

Capitolul 1

Managementul serviciilor sanitare

1.1. Fundamente teoretice ale managementului

Managementul este o noțiune complexă, căreia i se pot atribui multiple interpretări. Din punct de vedere etimologic acest cuvânt își găsește originea de la latinescul „manus” (mână, manevrare, manipulare), ca mai apoi să derive în limba italiană „manegio” (prelucrare cu mâna) și franceză substantivul „manège” (loc de dresare a cailor). În limba engleză este preluat de la verbul „to manage” (conducere, dirijare, instruire). În limba română, termenul „management” este tradus prin cuvântul „conducere”.

În literatura de specialitate sunt prezentate diferite definiții ale noțiunii de management, cu sensuri sintetice sau analitice, după cum urmează:

- Pentru Henri Fayol (1841-1925) prin management se înțelege a planifica, a organiza, a conduce, a lua decizii și a controla;
- În 1919 Frederick W. Taylor menționa că managementul reprezintă: *„a cunoaște ceea ce doresc să realizeze oamenii și a-i veghea în așa fel încât ei să*

realizeze activitățile pe calea cea mai ieftină și mai eficientă”¹;

- *„Managementul înseamnă a conduce cu succes acțiunile sau administra eficient o societate comercială”²;*
- *„Management – știință a conducerii contemporane”³;*
- *„Managementul este: activitatea și arta de a conduce; ansamblul activităților de organizare, de conducere și de gestiune a întreprinderilor; știința și tehnica organizării și conducerii unei întreprinderi”⁴;*
- *„Managementul are o triplă semnificație: rezultat al muncii conștiente și sociale; activitate practică și centru de decizie”⁵;*
- *„Managementul este o profesiune activă care are scopul de a păstra ordinea prin protejarea status-ului quo. Procesul managerial poate fi privit ca un ansamblu în care resurse, oameni și alte intrări pot fi gestionate prin intermediul unui proces elaborat să atingă rezultate și obiective comune”⁶.*

¹ Frederik Winslow Taylor, *The Principles of Scientific Management*, Harper & Brothers Publishers, New York and London, 1919, p.11.

² Lazăr Ioan, Mortan Maria, Vereș V., Lazăr Sorin Paul, *Management general*, Editura Risoprint, Cluj-Napoca, 2004, p. 11.

³ Gavrilă T., Lefter V., *Managementul general al firmei*, ediția a II-a, Editura Economică, București, 2004, p. 17.

⁴ Academia Română, Institutul de lingvistică „Iorgu Iordan”, *Dicționarul explicative al limbii române*, ediția a II-a, Editura Universul encyclopedic, București, 1998, p. 595.

⁵ Burduș Eugen, Popa Ion, *Fundamentele managementului organizației*, ediția a III-a, București, 2013, pp. 15-17.

⁶ Vlădescu Cristian, coordonator, *Sănătate publică și management sanitar*, Editura Cartea Universitară, București, 2004, p. 17.

Valorificarea integrală a resurselor de care dispune organizația, succesul dar și eșecul unei organizații, pot fi atribuite managementului, care în prezent este, deopotrivă, o știință, o profesie, o artă, o categorie socială, un proces etc. Astfel, managementul stă la baza atingerii obiectivelor organizaționale într-un mod eficient și eficace, prin planificare, organizare, conducere și control al resurselor de care dispune organizația. Din acest considerent prin management trebuie evidențiate toate laturile muncii: economică, psihologică, tehnică etc., integrându-le într-un tot unitar și armonios, care să permită atingerea obiectivelor fixate.

În domeniul serviciilor medicale, procesele și relațiile de management au trăsături specifice, distincte, fiind complet diferite de procesele și relațiile economice. Elementul caracteristic al managementului serviciilor medicale îl reprezintă atitudinea complexă și uneori contradictorie a personalului din sistemul medical în raport cu obiectivele specifice și în corelație cu sistemul economic existent. Acest tip de management are un caracter multidisciplinar, explicabil prin integrarea metodelor psihologice, sociologice, juridice, statistice și ale altora similare.

„Managementul serviciilor medicale presupune analiza unui ansamblu de procese prin care metodele și tehnicile specifice științei managementului sunt operaționalizate în practica sanitară. Sunt supuse studiului toate elementele actului medical și paramedical pe durata desfășurării activităților sanitare, procesele prin care se ating obiectivele unităților sanitare prin intermediul subsistemelor încorporate, al resurselor umane, materiale, financiare și informaționale necesare realizării eficiente a actului medical precum și acțiunilor

personalului care coordonează desfășurarea corespunzătoare a serviciilor medicale, utilizând un complex de proceduri și modele pentru realizarea scopurilor în condiții optime.”⁷

Pentru ca un sistem de management, inclusiv în domeniul medical, să funcționeze este nevoie de aplicarea unor metode manageriale, care au ca scop optimizarea folosirii capacității de muncă a managerului în eficientizarea comportamentului și a acțiunilor salariaților și în antrenarea întregului personal la atingerea obiectivelor unității. Principalele metode de management aplicate în practică sunt:

1. *Managementul prin obiective (MBO)* este una din cele mai utilizate metode și are la baza sa trinomul obiective-rezultate-recompense/sanctiuni, potrivit cărora eficacitatea unei întreprinderi depinde de întrepătrunderea obiectivelor sale cu obiectivele subsistemelor. MBO reprezintă un sistem de conducere bazat pe determinarea riguroasă a obiectivelor până la nivelul executanților și pe corelarea strânsă a recompenselor și respectiv sancțiunilor cu nivelul realizării obiectivelor prestabilite;
2. *Managementul prin produs (MBP)* – este un rezultat al revoluției tehnico-științifice și constă în introducerea în structura organizatorică a funcției de conducător de produs sau grupă de produse, acesta având responsabilitatea unitară a organizării coordonării și controlul tuturor

⁷ Tămășan (Bakri) Camelia Lucia, *Management of the family doctor's practice*, review Quality – access to success, vol. 16, S2, 2015, (pp. 174-179), pp. 175-176.

- activităților succesive implicate în realizarea produsului, din momentul conceperii acestuia până la scoaterea lui din fabricație. Trăsătura specifică acestei metode o reprezintă structura sa ierarhică tridimensională, determinată de apariția unei noi linii ierarhice – managerul de produs (manager fără colaboratori direcți);
3. *Managementul prin excepții (MBE)* este un sistem simplificat bazat pe vehicularea ascendentă a informațiilor care reflectă abateri de la limitele de toleranță stabilite și pe concentrarea celor mai buni conducători și specialiști în zonele decizionale și operaționale cheie pentru competitivitatea organizației. MBE reprezintă o modalitate de identificare, analiză și comunicare a situațiilor care implică intervenția managerilor de la diferite niveluri ierarhice;
 4. *Managementul prin proiecte (MBP)* este specifică unor mari unități care au de realizat lucrări complexe, dar clar precizate și care solicită o colaborare amplă și multidisciplinară. Trăsăturile importante ale acestei metode, vizează activități sau lucrări cu caracter eterogen, reducerea dimensiunilor temporale în plan organizatoric și acțional și urmărirea detaliată a integrării problemelor de termene/calendar;
 5. *Managementul prin bugete* asigură o strânsă legătură între profit, activitatea de producție și organizarea conducerii. Managementul prin

bugete este un sistem ce asigura previzionarea, controlul și evaluarea activităților organizației cu ajutorul bugetelor, în care angajații participă activ și constructiv la soluționarea problemelor organizației, la planificarea și controlul întregii activități; realismul și flexibilitatea sunt o necesitate și mijloc de asigurare a unei relații clare între nivelurile prevăzute în bugete și considerentele de ordin subiectiv;

6. *Metoda delegării* – este frecvent utilizată, datorită contribuției pe care o aduce la raționalizarea muncii managerilor și datorită climatului prielnic de dezvoltare și manifestare a inițiativei angajaților. Delegarea constă în atribuirea temporară de către un manager a uneia dintre sarcinile sale unui subordonat, însoțită și de competența și responsabilitatea corespunzătoare.

Cu ajutorul metodelor manageriale descrise anterior, se realizează procesul managerial, transformând informațiile în acțiune cu ajutorul deciziilor, prin armonizarea resurselor cu cerințele și urmărind rezultate maxime.

1.2. Tipologia unităților sanitare

Diversitatea variată a organizațiilor de sănătate necesită o clasificare a acestora pe categorii și corelarea nivelului de salarizare funcție de categorie. Aprobarea criteriilor pentru clasificarea pe categorii a unităților și subunităților sanitare se face pe baza ordinului ministrului din ministerul de resort. În

acest sens în anul 2015, Institutul Național de Statistică a concluzionat că în România existau 32 de unități sanitare, din care numărul cel mai mare îl dețineau cabinetele stomatologice cu 14052 unități, urmate de cabinetele medicale de familie 11163 și cabinetele medicale de specialitate 10063 conform Tabelului 1.1.

Tabel. 1.1. Unități sanitare pe categorii de unități, forme de proprietate, macroregiuni, regiuni de dezvoltare și județe – anul 2015

Unități sanitare pe categorii de unități, forme de proprietate, macroregiuni, regiuni de dezvoltare și județe – anul 2015	
Spitale	527
Ambulatorii de specialitate	97
Ambulatorii integrate spitalului	351
Policlinici	297
Dispensare medicale	186
Centre de sănătate	19
Centre de sănătate mintală	86
Sanatorii TBC	2
Sanatorii balneare	11
Preventorii	2
Unități medico-sociale	64
Centre de diagnostic și tratament	37
Centre medicale de specialitate	309
Cabinete medicale de medicină generală	795
Cabinete medicale școlare	1722

Unități sanitare pe categorii de unități, forme de proprietate, macroregiuni, regiuni de dezvoltare și județe – anul 2015	
Cabinete medicale studențești	62
Cabinete medicale de familie	11163
Societate medicală civilă	147
Cabinete stomatologice	14052
Cabinete stomatologice școlare	431
Cabinete stomatologice studențești	45
Societate stomatologică civilă medicală	203
Cabinete medicale de specialitate	10063
Societate civilă medicală de specialitate	335
Farmacii	7825
Puncte farmaceutice	1461
Depozite farmaceutice	275
Laboratoare medicale	3418
Laboratoare de tehnică dentară	2226
Centre de transfuzie	41
Alte tipuri de cabinete medicale	519

(Sursa: disponibil la adresa INS – <http://statistici.INSSE.ro/>,
accesat la data de 12.06.2016)

La nivel național regăsim următoarele tipuri de unități sanitare, care asigură populației asistență medicală curativă și profilactică prin: spitale, dispensare medicale, policlinici, sanatorii, centre de diagnostic și tratament, ambulatorii aferente spitalelor, preventorii, cabinete medicale de medicină primară, cabinete de stomatologie, cabinete medicale aferente diferitelor

specialități, cabinete medicale școlare/studentești, laboratoare medicale, creșe, farmacii și puncte farmaceutice conform Tabelului 1.2.

Tabel 1.2. Tipologia unităților sanitare

Nr. crt.	Tipologia unităților sanitare	Caracteristici
1.	<i>Spitalele</i>	- <i>unități sanitare</i> (publice, publice cu secții private sau doar private de sine stătătoare) cu paturi, având utilitate publică și personalitate juridică, care pot pune la dispoziție servicii medicale pentru persoanele din afara spitalului sau pentru cele care sunt internate, participând la asigurarea stării de sănătate a populației. Cabinetele medicale furnizează servicii publice sau particulare, de urgență, de asistență preventivă, curativă și recuperatoare. Din acest punct de vedere ele pot fi: cabinete medicale de școală sau studentești, cabinete de medicină generală, cabinete de medicină primară, de specialitate, cabinete de stomatologie;
2.	<i>Cabinete de medicină generală</i>	- oferă servicii medicale de asistență primară pentru pacienții care au asigurare prin sistemul de asigurări de sănătate, care au ca reprezentant un doctor de medicină generală. Cabinetele stomatologice oferă atât servicii de prevenire cât și curative. Cabinetele de specialitate sunt menite pentru îngrijirea sănătății pacienților care nu necesită internare. Cabi-

Nr. crt.	Tipologia unităților sanitare	Caracteristici
		netele medicale școlare/studentești funcționează în școli și instituții de învățământ superior, care asigură asistența medicală generală preventivă, curativă de urgență pentru elevi și studenți;
3.	<i>Dispensare medicale</i>	- acordă asistență medicală generală, de profilaxie precum și curative, monitorizând pacienții cu ajutorul medicilor și a personalului sanitar mediu. Ambulatoriul integrat spitalului oferă asistență medicală, având în structura sa, cabinete medicale de diferite specialități. Ambulatoriul de specialitate oferă asistență medicală de specialitate bolnavilor care nu sunt internați: asistență medicală de prevenție, curativă, de urgență servicii recuperatorii, unde au loc inclusiv activități legate de învățământul medico-sanitar;
4.	<i>Farmacia</i>	- oferă următoarele servicii: eliberează medicamente pe bază de prescripție medicală sau fără prescripție medicală, prepară medicamente magistrale și oficinale sau a altor produse de sănătate, efectuează vânzări de produse cosmetice, produse para farmaceutice, dispozitive și aparatură medicală de uz individual etc. Punctele farmaceutice furnizează doar servicii de vânzare cu amănuntul produselor regăsite și la farmacii;

Nr. crt.	Tipologia unităților sanitare	Caracteristici
5.	<i>Policlinicile</i>	- oferă asistență medicală de urgență, preventivă și curativă bolnavilor care nu sunt internați, funcționând în sistem public sau în sistem particular. Centrele de diagnostic și tratament stabilesc diagnosticul, recomandările terapeutice și tratamentul ambulatoriu;
6.	<i>Creșele</i>	- oferă servicii specializate pentru creșterea, îngrijirea, educarea timpurie și supravegherea stării de sănătate și de igienă a copiilor de vârstă până la patru ani. Sanatoriile asigură servicii de asistență medicală prin utilizarea factorilor curativi naturali, asociindu-i cu alte proceduri medicale sau mijloace de terapie. Preventoriile se ocupă de prevenirea precum și de combaterea tuberculozei la diferite categorii de pacienți, inclusiv bolnavilor de tuberculoză care nu sunt necontagioși;
7.	<i>Centrele de sănătate cu paturi de spital</i>	- oferă servicii medicale de specialitate pentru pacienții care locuiesc în apropierea acestora. Centrele de transfuzie sanguină realizează recoltarea și testarea sângelui și componentelor sanguine umane;
8.	<i>Centrele medicale de specialitate</i>	- furnizează asistență medicală de specialitate în regim de ambulatoriu, încheie contract cu CAS, în care se pot desfășura activități educaționale și de cercetare în domeniul medical și/sau de coordonare metodologică;

Nr. crt.	Tipologia unităților sanitare	Caracteristici
9.	<i>Laboratoarele de tehnică dentară</i>	- realizează execuții de proteze dentare. Laboratoarele medicale efectuează teste de sănătate: analize, investigații, recoltarea de produse patologice, preparatelor și examenelor medicale;
10.	<i>Centrele de sănătate mintală</i>	- furnizează asistență medicală persoanelor cu afecțiuni psihice. Societățile medicale civile se constituie prin acord de societate civilă care este realizat între doi sau mai mulți doctori asociați. Societățile stomatologice civile medicale se constituie prin contract de societate civilă încheiat între doi sau mai mulți medici stomatologi asociați;
11.	<i>Depozitul farmaceutic</i>	- are ca scop distribuția en-gross a produselor medicamentoase pentru: procurarea, stocarea, supravegherea calității și difuzarea acestora.

(Sursa: Ordinul MS nr. 834/2011 privind aprobarea Criteriilor pentru clasificarea pe categorii a unităților și subunităților sanitare..., Anexa 30.)

După recomandările Băncii Mondiale, spitalele sunt clasificate în 5 categorii, conform Ordinul Ministerului Sănătății nr. 834 din 2011⁸ clasificarea spitalelor din România este reprezentată în Tabelul 1.3.

⁸ Ordinul MS nr. 834/2011 privind aprobarea Criteriilor pentru clasificarea pe categorii a unităților și subunităților sanitare, stabilirea nivelului de salarizare pe grade pentru personalul cu funcții de conducere, precum și funcțiile care beneficiază de un număr de clase suplimentare față de salariul de bază (Anexa 30).

Tabel 1.3. Categoriile de spitale clasificate după numărul de paturi

Criteriul de clasificare - nr. de paturi -	Categoria spitalelor
peste 1.000	- <i>spitale de categoria I</i> : nivel de competență foarte ridicat, ce asigură servicii medicale la nivel regional, pentru populația județului care se află în aria lor administrativ-teritorială, precum și alte județe. Aceste spitale au dotări de ultimă generație.
801-1.000	- <i>spitale de categoria a II-a</i> : au un nivel de competență înalt, sunt spitale care asigură servicii medicale populației județului din aria sa administrativ-teritorială, și din județele din apropiere. Aceste spitale au dotări superioare, asigurând furnizarea unor servicii medicale ce au un grad de complexitate ridicat;
601-800	- <i>spitale de categoria a III-a</i> : au un nivel de competență mediu, se adresează populației județului din aria administrativ-teritorială în care își au sediul și numai în mod excepțional, populației din județele limitrofe. Aceste spitale tratează afecțiuni care au un grad de complexitate mediu;
301-600	- <i>spitale de categoria a IV-a</i> : nivelul de competență este bazal, la care are accesibilitate populația pe o rază administrativ-teritorială limitată, sunt tratați pacienți care prezintă afecțiuni minore;
până la 100	- <i>spitale de categoria a V-a</i> : au un nivel de competență limitat, asigurând, în funcție de necesități servicii medicale de îngrijire a bolnavilor cronici, servicii paleative și servicii medicale aferente unei singure specialități.

(Sursa: Ordinul MS nr. 834/2011 privind aprobarea Criteriilor pentru clasificarea pe categorii a unităților și subunităților sanitare, stabilirea nivelului de salarizare pe grade pentru personalul cu funcții de conducere, precum și funcțiile care beneficiază de un număr de clase suplimentare față de salariul de bază, Anexa 30.)

Spitalele din „categoria I se află pe teritoriul a 6 județe: Constanța, Cluj, Dolj, Timiș, Iași, Mureș și în București, iar cele de categoria II în alte 5 județe, respectiv Bihor, Arad, Sibiu, Galați, Brașov.”⁹

În altă ordine de idei, „o altă ierarhizare clasică”, clasifică spitalele în următoarele categorii¹⁰:

1. *spitale de îngrijiri terțiare* – spitale care furnizează servicii complexe, fiind dotate cu tehnologie foarte performantă;
2. *spitale de îngrijiri secundare* – care concentrează cele mai severe și mai neobișnuite cazuri. Aceste spitale nu sunt un model de bune practici pentru pregătirea personalului medico-sanitar care se pregătește să își desfășoare activitatea în medicina de familie și în cea ambulatorie;
3. *spitale comunitare* – care sunt organizate în zone izolate, mai puțin populate. Ele furnizează servicii de diagnostic de bază precum și intervenții chirurgicale minore. În majoritatea țărilor, spitalele de acest gen sunt închise și sunt înlocuite cu ambulanțe aeriene, sau cu vizite de îngrijire la domiciliul pacienților.”

În funcție de regimul proprietății, spitalele pot fi clasificate în: spitale publice, spitale particulare, cu statut de

⁹ Zaharia Răzvan, *Istoria sănătății publice. Bolile – probleme de sănătate publică*, <http://www.umfiasi.ro/masterate/Suporturi%20de%20curs>, accesat la 17 septembrie 2015.

¹⁰ Badea Elena, Bărbuță Delia, Chiriac Nona și colab., *Managementul spitalului*, Editura Public H Pres.s, București, 2006, p.29.

persoane juridice de drept privat și spitale din sectorul public în care funcționează și secții de tip privat. În acest context putem specifica că există o serie de alte clasificări ale spitalelor, care au în vedere:

- *specificul patologiei* (de urgență, spitale generale, de specialitate și spitale pentru bolnavi cu afecțiuni cronice);
- *modul de înființare și organizare* (spitale publice și spitale particulare);
- *modul de finanțare* (spitale cu finanțare de la buget, spitale cu finanțare privată și spitale care sunt finanțate în regim mixt);
- *educația și cercetarea științifică medicală* (institute și spitale clinice care au secții universitare);
- *în funcție de teritoriu* (spitale județene, municipale/orășenești și comunale).

Spitalul are, după caz, o structură organizatorică ce poate să cuprindă: compartimente, servicii sau birouri tehnice, administrativ-economice, laboratoare, servicii de diagnostică și tratament, de asistență prespitalicească, structuri pentru urgențe medicale și serviciu logistic pentru gestionarea urgențelor etc. Serviciile medicale furnizate de un spital pot fi de natură preventivă, curativă, de recuperare precum și paliative. Spitalele pot avea în componența lor structuri care acordă servicii ambulatorii de specialitate. Pentru furnizarea acestui gen de servicii, managerii spitalelor vor negociaza în mod distinct, în vederea încheierii contractelor cu Casa de Asigurări de Sănătate.

1.3. Cultura organizațională

La nivelul fiecărei organizații, în speță, în unitățile sanitare, există un sistem de valori regăsit prin anumite norme, atitudini sau păreri, care conduc la diferite comportamente și modalități de lucru. Acest sistem de valori reprezintă cultura unei organizații, fiind considerată o stare de spirit, o modalitate de viață. Din acest considerent este destul de complicat de făcut o analiză, fiind posibilă doar o anumită descriere a constituirii unui grup de lucru, care sunt regulile de comportament, ritualurile sau convingerile.

Diversele surse bibliografice prezintă definiții complexe pentru noțiunea de cultură organizațională cu scopul de a evidenția valorile grupului sau organizației, după cum urmează:

- *„este formată din totalitatea prezumțiilor de bază, elaborate de un anumit grup, care sunt dezvoltate cu scop educativ. Toate acestea ajută în cazul confruntării cu probleme legate de integrarea internă și adaptarea la mediul extern, care se presupune că au funcționat eficient pentru a putea fi considerate ca valide iar în consecință, ele pot fi transmise pentru a fi învățate de noii membri ai organizației ca modalitate corectă și reală de percepere;”*¹¹

¹¹ Armstrong M., *Personnel management practice*, Kogan Page Publisher, London, 1997, p. 361.

- „reprezintă crezurile, simbolurile, valorile, regulile nescrise, obiectivele și viziunea care sunt împărtășite de toți membrii organizației respective;”¹²
- „este o percepție care apare la nivel de organizație, nu și la nivel personal. Persoanele cu diferite niveluri de educație care se situează pe diferite trepte ierarhice în organizație au tendința de a descrie cultura organizațională în termeni identici.”¹³

De aici și importanța deosebită a culturii organizaționale¹⁴ îmbunătățirea performanțelor sau, dimpotrivă, provocarea barierelor pentru a face posibilă schimbarea organizațională și adaptarea la noile valori Tabelul 1.4.

Tabel 1.4. Importanța culturii organizaționale

<i>Cultura este componenta cheie</i> în realizarea misiunii și strategiilor organizației în îmbunătățirea eficacității organizaționale și în managementul de schimb. Semnificația culturii reiese din faptul că este înrădăcinată în păreri/credințe bine susținute, ce reflectă munca depusă, fiind compusă dintr-o serie de răspunsuri de succes.
<i>Cultura funcționează</i> într-o organizație prin crearea și conducerea unui mediu intern care să ducă la îmbunătățirea performanțelor. Poate funcționa și împotriva organizației, provocând bariere ce împiedică atingerea strategiilor organizației. Aceste trieri includ rezistența la schimbare și lipsa de angajament.

¹² Deaconu A., Rașcă L. et al, *Comportamentul organizațional și gestiunea resurselor umane*, Editura A.S.E., București, 2002, p.22.

¹³ Ionescu Gh., Cazan E., Negrușă A. L., *Management organizațional*, Editura Tribuna Economică, București, 2001, p.59.

¹⁴ Armstrong M., Op. cit., 1997, p.362.

Impactul culturii poate include:

- inserarea sensului identității și unității scopului membrilor organizației;
- facilitarea și generarea angajamentului;
- formarea comportamentului prin oferirea unui suport de conduită asupra așteptărilor etc.

(Sursa: adaptat după Michael Armstrong, *Personnel management practice*, Kogan Page Publisher, London, 1997, p. 362)

Richard D. Lewis¹⁵, în lucrarea *When Culture Collide*, a delimitat trei tipuri de culturi organizaționale diferite:

- *cultura liniar-activă*, în care indivizii acordă importanță deosebită planificării, organizării, respectării programului orar;
- *cultura multiactivă*¹⁶ în care indivizii se caracterizează prin energie, volubilitate, tendința de a face mai multe lucruri de o dată, structurarea priorităților în funcție de impulsuri de moment. Este foarte flexibilă, fapt ce face ca programul să fie întrerupt în mod diferit și uneori accidental;
- *cultura reactivă* care se caracterizează prin faptul că membrii săi acordă importanță politeții și respectului, ascultării interlocutorilor cu calm și atenție, reacționând atent la propunerile terților (exemplu: China, Japonia și Finlanda). Persoanele din această cultură ascultă înainte de a reacționa.

¹⁵ Richard D. Lewis, *When Culture Collide*, 3rd Edition, London, Nicholas Brealey Publishing, 2005, p.327.

¹⁶ Dima I. C., Nedelcu M. V., *Management industrial*, Editura Național, București, 2000, pp.109-110.

Ionescu Gh., Cazan E., Negrușă¹⁷ afirmă că evaluarea nivelului în care o organizație apreciază o serie de caracteristici pentru a măsura cultura organizațională a fost făcută pe baza unor cercetări preliminare, conform Tabelului 1.5.

Tabel 1.5. Caracteristici pentru evaluarea culturii organizaționale

Caracteristică a culturii organizaționale	Evaluarea culturii organizaționale în funcție de:
Inițiativa individuală	- atestă gradul de libertate, independență și responsabilitate, pe care îl dețin indivizii;
Toleranța față de risc	- reprezintă nivelul la care angajații sunt încurajați să fie creativi și să își asume riscurile aferente;
Direcția	- nivelul în care organizația elaborează scopuri și obiective clare, reale precum și nivelul de performanță așteptată;
Integrarea	- nivelul în care subunitățile din organizație sunt îndemnate să opereze sau să acționeze într-o manieră dirijată și subordonată întregului unitar;
Sprijinul managementului	- exprimă gradul în care managerii planifică o interacțiune comunicațională clară, un anumit nivel de asistență și de sprijin pentru subordonați;
Controlul	- reprezintă numărul de reguli și regulamente interne, cantitatea și calitatea supravegherii directe, referitoare la atitudinea și comportamentul angajatului;

¹⁷ Ionescu Gh., Cazan E., Negrușă A. L., Op. cit., 2001, pp.59-60.

Caracteristică a culturii organizaționale	Evaluarea culturii organizaționale în funcție de:
Identitatea	- gradul în care membrii organizației se identifică cu aceasta, în mai mare măsură decât cu grup de muncă propriu sau chiar cu domeniul de expertiză profesională;
Sistemul de recompensare	- nivelul în care recompensele (beneficii, creșterea salarială, promovările) se bazează pe criterii de performanță, în contrast cu vechimea în muncă, sau favoritismul etc.
Toleranța conflictului	- gradul în care angajații sunt încurajați să gestioneze sau să stingă conflictele și în același timp, să fie deschiși la elementele critice;
Modelele de comunicare	- modul și nivelul în care fluxurile comunicaționale sunt restricționate la nivelul autorității ierarhiei formale.

(Sursa: Ionescu Gh., Cazan E., Negrușă A. L., *Management organizațional*, Editura Tribuna Economică, București, 2001, p.59.)

Varietatea de surse din care se dezvoltă cultura organizațională se datorează valorilor împărtășite de către personalul organizației, fiind delimitate diferite elemente caracteristice culturii organizaționale: *„conformități de natură comportamentală, norme de grup, valori etalate, filozofia formală, regulile instituționale, climatul social și moral și arhitectura spațială, abilitățile personale, modele mentale și de gândire, paradigme lingvistice, semnificații activate, metafore și simboluri.”*¹⁸

¹⁸ Schein E. H., *Organizational culture Leadership*, ediția 2nd, San Francisco, 1993, p.372.

Cultura organizațională conține elemente afective, cognitive și normative, reflectând viziunea fondatorilor acesteia, care impun viziunea lor asupra tuturor membrilor organizației prin originalitatea ideii și prin influențe asupra modalităților în care ideea este îndeplinită. Prin acest lucru se va putea obține o flexibilitate în gândire, în reacționarea față de unele probleme, în organizarea timpului de muncă, în calitatea executării procesului de muncă, în relațiile cu șefii și colegii etc.

1.4. Leadership și stiluri de lideri

Pentru a atinge în mod eficient și eficace obiectivului dorit, este nevoie de mobilizarea, încurajarea și antrenarea persoanelor unui grup prin procesul de leadership având în vedere abilitățile și competențe liderului prin intermediul cărora acesta își poate exprima entuziasmul, viziunea și intențiile sale în raport cu echipa pe care o conduce.

Noțiunea de leadership se conturează ca fiind o componentă majoră a managementului modern, care are o serie de elemente specifice. Astfel în funcție de viziunea celor care au studiat acest fenomen, leadership-ul poate fi definit după cum urmează:

- *„reflectă aspirația indivizilor de a gândi, simți și a se comporta armonizat având ca obiectiv comun realizarea unui scop”*¹⁹;

¹⁹ Nicolescu Ovidiu, Verboncu Ion, *Fundamentele managementului organizației*, Editura Universitară, București, 2008, p.504.

- „este un proces de influențare a unui grup spre realizarea obiectivelor”²⁰;
- „reprezintă un atribut dorit și cerut de organizații managerilor lor și se află în relație directă cu capacitatea de a influența comportamentul oamenilor”²¹;
- „înseamnă mai mult decât o funcție singulară, implicând gândirea, sentimentele, percepțiile și atitudinile, fiind o expresie personală a modului în care cineva se raportează la lume.”²²

În încercarea de a face o traducere cât mai exactă, din limba engleză, a termenului de leadership unii autori utilizează termenul de „lideriat”, care reprezintă „procesul din cadrul unui grup care implică existența unui proces de interacțiune între cel puțin două persoane pentru realizarea unui scop comun.”²³

Au fost create și dezvoltate o serie de stiluri de leadership, luând în considerare diverse criterii, printre care enumerăm:

1. După dimensiunea sau domeniul de activitate, regăsim²⁴:

- „Leadership carismatic – specifică persoanelor care prezintă un talent nativ deosebit de a-i influența într-o manieră intensă pe cei din jurul lor;

²⁰ Robbins S.P., Coulter M., *Management*, 8th edition, Pearson Prentice Hall Publisher, New Jersey, 2005, p.422.

²¹ Cornescu V., Marinescu P., et al; „Leadership”; <http://ebooks.unibuc.ro/StiintaADM/cornescu/cap.9.htm>, februarie, 2004, accesat la 10 septembrie, 2016.

²² Owen H., Hodgson Vicky, Gazzard N., *Manual de leadership, Ghid practic pentru un leadership eficient*; Editura Codecs, București, 2006, p.6.

²³ Vagu Paraschiv, Stegăroiu Ion, *Lideriatul – de la teorie la practică*, Editura Bibliotheca, Târgoviște, 2006, p. 7.

²⁴ Năstase Marian, *Stiluri de leadership în cadrul organizațiilor*, Anul IX, Nr. 2, *Economia, seria Management*, 2006, p.28.

- *Leadership tranzacțional* – are la bază capacitatea individului de a negocia, în așa fel, încât să obțină implicarea personalului și să-i atragă de partea lui. În acest sens, el poate promite o serie de recompense oferite în schimbul adoptării deciziilor și comportamentelor propuse de el;
- *Leadership transformațional* – reprezintă caracteristica liderilor care reușesc să înțeleagă nevoia de schimbare organizațională, să planifice și să coordoneze în mod eficace schimbările organizaționale indiferent de mărimea acestora;
- *Leadership cultural* – reprezintă tipul de lider care încurajează angajații în desfășurarea unor activități, comunică eficient și interrelaționează în vederea atingerii obiectivelor stabilite.”

2. În funcție tipul relațiilor care se stabilesc între manageri și angajați în interiorul organizației, poate fi²⁵:

- *„Interpersonal* – atunci când se referă la relațiile dintre conducătorul grupului de muncă și angajații din subordine;
- *Organizațional* – e se referă la angajații ce sunt situați pe cel puțin două trepte ierarhice succesive.”

²⁵ Nicolescu Ovidiu, Verboncu Ion, *Managementul organizației*, Editura Economică, București, 2007, p.516.

3. În funcție de caracteristicile atitudinale și comportamentale manageriale și psihologice implicate, poate fi²⁶:

- „*Autocratic* – care impune supravegherea strictă a subordonaților de către șeful direct;
- *Birocratic* în care comunicarea se efectuează în cea mai mare parte prin intermediul comunicării scrise, și se pune un accent predominant pe documente și ștampile, utilizate drept mijloace principale de realizare și control a activităților;
- «*Laissez-faire*» – tipologie în care managementul de vârf conferă subordonaților o libertate de acțiune foarte mare. În acest caz nu există control;
- *Democratic* – care este caracterizat prin flexibilitate, cooperare un grad mare de sociabilitate.”

Mark Edwards²⁷, clasifică stilurile de leadership în autocratic, participativ și simbiotic, conform Tabelului 1.6.

²⁶ Ibidem, p.514.

²⁷ Lazăr Ioan, Mortan Maria, Vereș Vincențiu, Lazăr Sorin Paul, op. cit., 2004, p.328, apud Mark Edwards.

Tabel 1.6. Stiluri de leadership după Mark Edwards

Nr. crt.	Caracteristici	Stiluri de leadership		
		Autocratic	Participativ (curent)	Simbiotic (viitor)
1.	Spiritul de echipă	este de conveniență	dorit	esențial
2.	Abordarea organizațională	de tip ierarhic	ierarhică	colegială
3.	Rolul managementului	poziționat pe control excesiv	poziționat pe control	promovează echilibrul organizațional
4.	Viziunea	promovează impunerea	indicarea direcției	co-determinare
5.	Motivarea	se bazează pe elemente coercitive	Se bazează pe o implicare individuală precum și colectivă	fondată pe spiritul de echipă
6.	Delegarea	este evitată	este încurajată	este promovată sistematic
7.	Evaluarea	se exercită de către șeful direct	se exercită de către șeful direct	exercitată de echipa din care face parte individul
8.	Promovarea	este decisă de șef	este decisă de șefi și alte „inputuri”	este decisă de echipă
9.	Dezvoltarea	este stabilită de șef	este decisă de șefi și alte „inputuri”	este decisă de echipă
10.	Recompensele	sunt decise și stabilite de șefi	este decise de șefi	este decisă de echipă
11.	Disciplina	supravegheată de șef	supravegheată de șefi și alte „inputuri”	supravegheată de echipă

(Sursa: Lazăr I. Mortan M., Vereș V. Lazăr S. P., *Management general*, Editura Risoprint, Cluj-Napoca, 2004, p.328, apud Mark Edwards)

Din punct de vedere al nivelelor de influență se regăsesc „meta, macro-meta, macro și micro” leadership, prin spiritualitate, identitate, credințe, aptitudini, comportament și mediu ²⁸, conform Figurii 1.1.

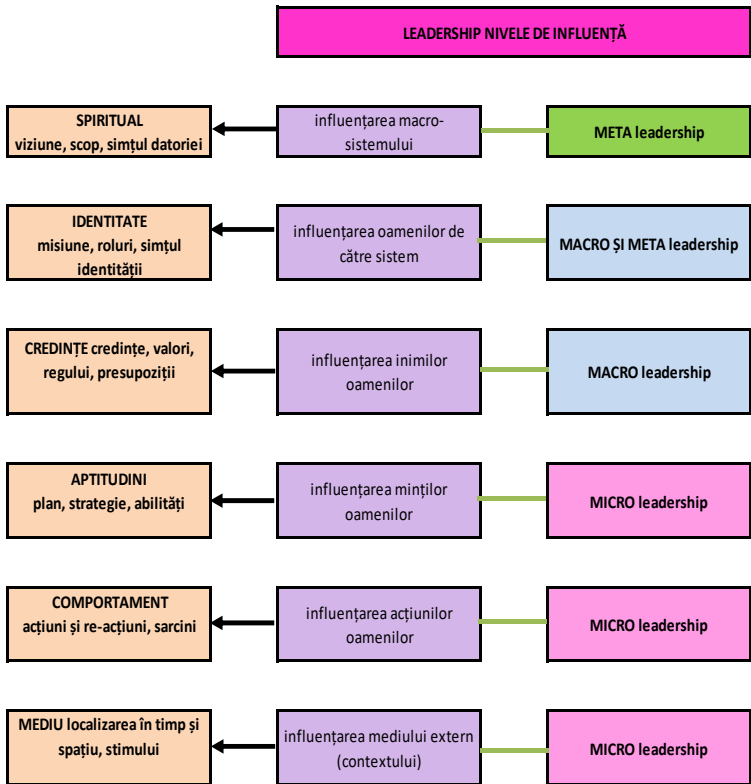


Figura 1.1. Nivele de influență în leadership

(Sursa: adaptat după Stephen R. Covey, *The 7 Habits of Highly Effective People: Powerful Lessons in Personal Change*, New York, Simon & Schuster; Anniversary Edition, 2013, p.123)

²⁸ Stephen R. Covey, *The 7 Habits of Highly Effective People: Powerful Lessons in Personal Change*, New York, Simon & Schuster; Anniversary Edition, 2013, p.123.

Din acest considerent, influențarea membrilor unui grup, acțiunea organizată a unei persoane sau grup de persoane care coordonează o entitate, este regăsită prin *lider*, care se delimitează prin „calitățile personale, comportament și trăsături specifice ale situației.”²⁹ Astfel, liderul este „cineva care poate influența pe alții și care are autoritate managerială, fiind adesea responsabili (liderii) pentru structurarea rolurilor lor și a altor roluri din organizație.”³⁰

Un lider bun, poate obține dislocarea unor cunoștințe considerabile precum și o mai bună antrenare a persoanelor implicate în desfășurarea activităților organizaționale prin consultarea subordonaților. De aici și capacitatea liderului în calitate de manager, ce trebuie să dobândească o serie de abilități care să îi ofere acel *mix al abilităților manageriale*, fiind o diferențiere la managerul de vârf ca care trebuie să predomine abilitățile cognitive și interpersonale, în timp ce la managerul de la primele nivele ierarhice trebuie să predomine abilitățile tehnice și cele interpersonale³¹, conform Figurii 1.2.

²⁹ Vagu Paraschiv, Stegăroiu Ion, Op. cit., 2006, p. 13.

³⁰ Robbins S.P., Coulter M., Op. cit., 2005, p. 425.

³¹ Cornescu Viorel, Curteanu Doru, Marineascu Paul, Toma Sorin, *Management – de la teorie la practică*, Editura Universității din București, București, 2003, p. 21.

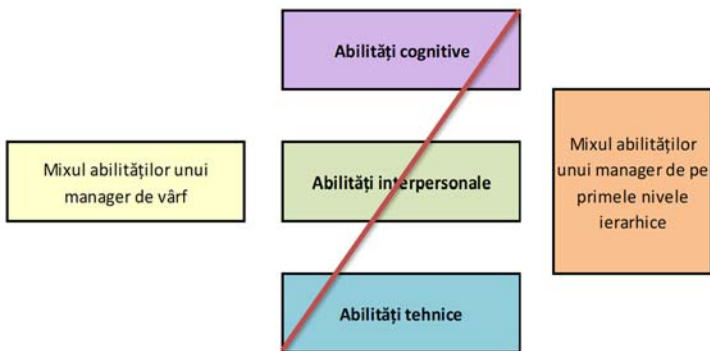


Figura 1.2. Mixul abilităților manageriale

(Sursa: adaptat după Cornescu V., Curteanu D., Marineascu P., Toma S.,
Management – de la teorie la practică, Editura Universității din București,
București, 2003, p. 21.)

Pentru îmbunătățirea rezultatelor organizaționale obținute, liderul trebuie să determine în mod corect punctele tari și punctele slabe aferente angajaților săi. O atenție deosebită trebuie să fie acordată stilului de muncă a subordonaților și modului în care aceștia pot soluționa problemele. Având aceste informații, liderul poate obține ceea ce este mai bun de la toți și poate contopi calitățile lor, pentru a obține maximum de la întreaga echipă.

La nivelul unităților sanitare în majoritatea cazurilor, managerii sunt liderii acelor instituții, ocupând funcții de conducere, coordonând activitatea și luând decizii de conducere cu efecte favorabile asupra acțiunilor personalului de execuție și atingerii obiectivelor stabilite.

Competențele și responsabilitățile managerilor din sistemul sanitar sunt de mare anvergură în comparație cu

serviciile personalului de execuție. Totodată, prin intermediul acestora se asigură exercitarea atribuțiilor specifice managementului serviciilor medicale și anume previziunea, organizarea, coordonarea, control-evaluarea.

La nivelul sistemului sanitar românesc, managerii sunt – în majoritate – medici, fapt ce conduce la unele dezbateri cu privire la oportunitatea menținerii acestui model. În țările dezvoltate, cu economie de piață avansată, acest atribut al conducerii unităților sanitare revine economiștilor, mult mai familiarizați cu activitățile manageriale prin pregătirea profesională specifică.

În țara noastră, pe fondul unei crize acute de economiști la nivelul furnizorilor de servicii medicale precum și din considerente de ordin conservatorist, posturile de manageri continuă să fie ocupate de medici, cu efectele pe care le regăsim în prezent. Rezultatul este acela că au fost „scăpate” aspectele de ordin socio-psihologic, unitățile sanitare pierzând medici buni pentru posturi de manageri mediocri.

Capitolul 2

Funcțiile manageriale în serviciile sanitare

2.1. Funcțiile manageriale și caracteristicile lor în cadrul serviciilor sanitare

În definirea funcțiilor manageriale există diferite opinii, ale unor autori consacrați, care au descris aceste funcții în viziuni și abordări diverse, după cum urmează:

- **Henri Fayol** stabilește următoarele funcții manageriale: previziune, organizare, conducere și control;
- **Ovidiu Nicolescu, Ion Verboncu, Eugen Burduș** consideră următoarele funcții ale managementului: planificare, organizare, coordonare, antrenare și control-reglare;
- Alți autori delimitează funcțiile managementului doar în patru grupe, respectiv: „*planificarea, organizarea, coordonarea-antrenarea și controlul;*”¹
- Profesorul Jaradat Mohammad², în cartea sa *Bazele managementului* consideră că „*funcțiile manageriale reprezintă ceea ce face managerul pentru atingerea obiectivelor organizației prin utilizarea angaja-*

¹ Cornescu Viorel, Curteanu Doru, Marineascu Paul, Toma Sorin, Op. cit., 2003, pp. 17-18.

² Jaradat Mohammad, Op. cit., 2007, p.51.

ților, fiind clasificate în patru mari categorii: planificare, organizare, conducere și control;”

- Vasile Tran și Irina Stănciugelu³ consideră că funcțiile managementului sunt: previziunea, organizarea, antrenarea, coordonarea, control-evaluarea în corelare directă cu comunicarea organizațională, Figura 2.1.

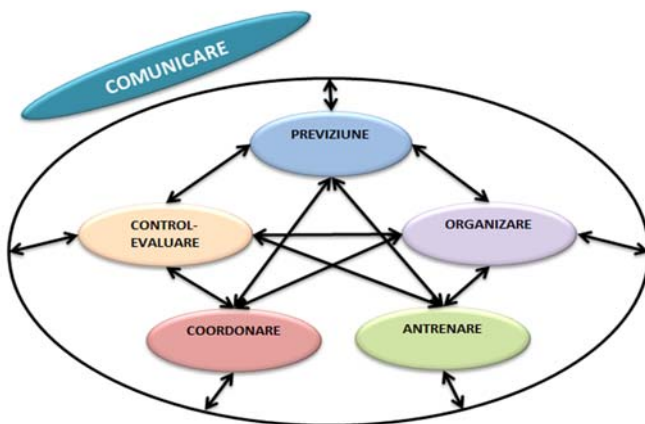


Figura 2.1. Dependența reciprocă dintre comunicare și funcțiile manageriale

(Sursa: prelucrat după Tran V., Stănciugelu I., *Teoria comunicării*, București, Editura Școlii Naționale de Studii Politice și Administrative, 2003, p.219.)

Sintetizând aceste concepții și părerile unor analiști cercetători contemporani, se pot identifica elementele fundamentale ca formând o „bucă a conducerii”⁴ care cuprinde:

³ Tran Vasile, Stănciugelu Irina, *Teoria comunicării*, București, Editura SNSPA, 2003, p.219.

⁴ Rees W.David, Porter Cristine, *Skills of Management*, Publisher: Cengage Learning; 6th edition 2008, p. 11.

identificarea obiectivelor generale, stabilirea obiectivelor pe termen scurt, planificarea, comunicarea, motivarea, reacție și control, acțiuni corective corespunzătoare, Figura 2.2.

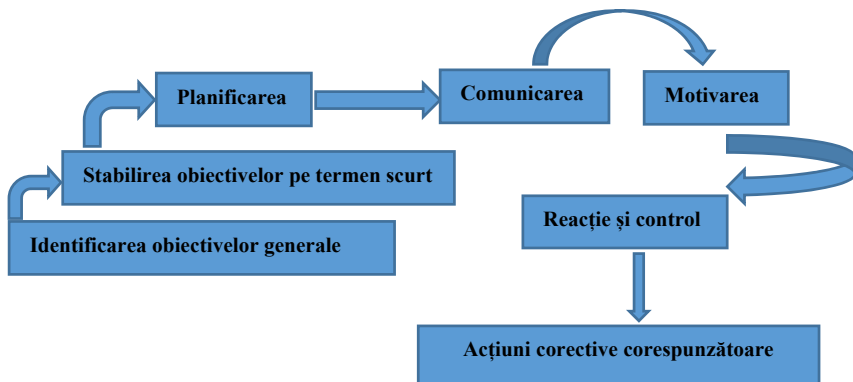


Figura 2.2. „Bucla conducerii”

(Sursa: Rees W.David, Porter Cristine, *Skills of Management*,
Publisher: Cengage Learning; 6th edition 2008, p. 11.)

Funcțiile managementului se regăsesc la toate nivelurile ierarhice, indiferent de profilul și dimensiunea organizațiilor sau instituțiilor, fiind specifice doar managerilor cu diferențieri de la un departament la altul și cu ponderi diferite pe verticala piramidei ierarhice.

2.1.1. Planificarea

Funcția de planificare sau previziune permite prefigurarea dezvoltării în viitor prin găsirea posibilităților optime de acțiune cu scopul de a realiza obiectivele organizaționale, prin alocarea eficientă a resurselor materiale și de timp aferente acestora.⁵

⁵ Tran V., Stănciugelu I., Op. cit., 2003, p. 214.

Planificarea reprezintă procesul prin care managerii stabilesc obiectivele strategice și cele operaționale, determinând acțiuni care urmează să se desfășoare cu scopul de a le atinge. Planificarea stabilește poziția pe care organizația dorește să ajungă în viitor, definind totodată strategia prin intermediul căreia organizația va ajunge pe această poziție. Lipsa planificării sau o planificare deficitară poate afecta însă performanța organizației, datorită lipsei de viziune a managementului de vârf în perceperea direcției.

Pricop M., Băgu C., Pârvu F.⁶, susțin că: *„rezultatele previziunii se obțin prin parcurgerea obligatorie a trei pași:*

- *prognoza (forecast) are ca orizont în timp o perioadă de minim 10 ani și conturează un set de date cu valoare indicativă;*
- *planul (planning) este finalizarea prognozei și are ca orizont în timp de cele mai multe ori, o perioadă de un an. După momentul asumării planului în ceea ce privește cerințele clienților, are caracter obligatoriu, restrictiv;*
- *programul (scheduling) constituie o concretizare, detaliere în timp (lună, decadă, zi....oră) și în spațiu pe unități structurale ale prevederilor din plan.”*

Funcția de planificare determină o desfășurare în mod organizat a acțiunilor care sunt prevăzute precum și aplicarea eficientă a viitoarei strategii economice, reprezentând „un

⁶ Pricop M., Băgu C., Pârvu F., op. cit., 2003, p. 14.

*element determinant în conceperea, lansarea și supraviețuirea unei afaceri,”*⁷ ce trebuie realizată corespunzător prin folosirea metodelor și tehnicilor de lucru potrivite. Astfel, planificările sunt concretizate prin documente scrise ce conțin prevederi, strategii și politici care pot avea caracter imperativ, și se adoptă pentru o anumită perioadă având ca fundament teoretic atât indicatori cantitativi cât și indicatori calitativi. Aceste documente conțin și termenele de realizare a obiectivelor, resursele necesare pentru îndeplinirea acestora, alocarea sarcinilor pentru fiecare nivel ierarhic de conducere și/sau departamentele funcționale, indicatorii de evaluare și control ai modului în care urmează să fie îndeplinite toate aceste prevederi până la nivel de individ (angajat).

Planificarea afirmă Cole⁸: *„este o activitate cu circuit închis, în care rezultatele deciziilor anterioare – acțiunile întreprinde și consecințele lor – furnizează feedback pentru alte etape ale procesului. Aceasta oferă informații esențiale, ce pot fi luate în considerare când se evaluează țintele și obiectivele anterioare, mijloacele utilizate pentru atingerea lor și felul în care ele au fost implementate”,* conform Figurii 2.3.

⁷ Gavrilă T., Lefter V., op. cit., 2004, p. 139.

⁸ Cole G. A., *Management. Teorie și practică*, Editura Știința, Chișinău, 2004, p. 120.

**EVALUAREA
MEDIULUI EXTERN**

**EVALUAREA
RESURSELOR
INTERNE**

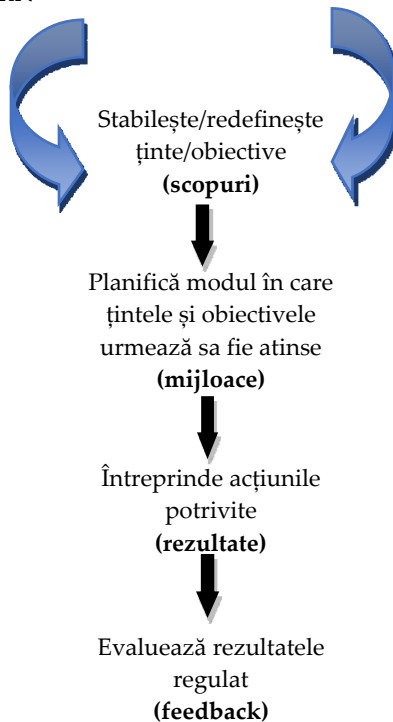


Figura 2.3. Modelul de bază al procesului de planificare
(Sursa: adaptat după Cole Gerald A., *Management. Teorie și practică*, Editura Știința, Chișinău, 2004, p.120.)

2.1.2. Organizarea, autoritatea și relațiile interumane

Funcția de organizare stabilește cadrul organizatoric de desfășurare optimă a activității instituțiilor și organizațiilor prin stipularea indicatorilor de eficiență și profit, desemnând „totalitatea proceselor și instrumentelor de management prin care se pot stabili și delimita activitățile lucrative și componentele acestora,

definirea și alocarea posturilor, a echipelor de lucru, atribuirea clară a sarcinilor și alocarea resurselor existente etc.”⁹

Prin organizare se alocă resursele și se delimitează activitățile coordonate ale angajaților și a sectoarelor de activitate, necesare implementării planurilor. Acum este momentul în care managerul general va transforma planurile strategice în acțiuni definind și alocând sarcinile, personalului angajat și realizând sprijinirea acestora cu tehnologia adecvată.

Exercitarea funcției de organizare se realizează în mod diferit de la o instituție la alta, datorită particularităților sistemului de management, dezvoltării economice la nivel național, culturii organizaționale, experienței de practice și nivel de educație managerială.

Ansamblul de obiective ale organizației se efectuează prin studiul celor trei laturi ale organizării, respectiv organizarea procesuală, organizarea structurală și organizarea informală.

Organizarea procesuală, afirmă Ploae¹⁰, analizează principalele categorii de muncă și a diverselor procese și poate fi implementată cu ajutorul componentelor sale, conform Figurii 2.4.

⁹ Tran Vasile, Stănciugelu Irina, op. cit., 2003, p. 215.

¹⁰ Ploae Victor, op. cit., 2000, p. 56.

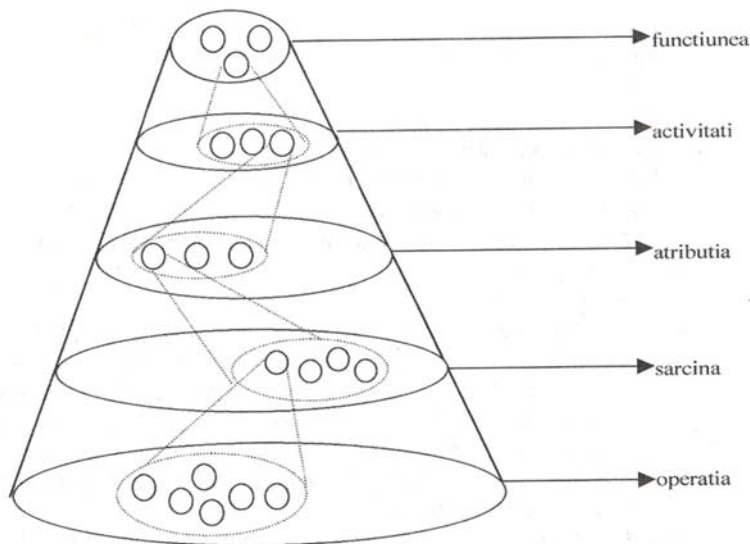


Figura 2.4. Piramida organizării procesuale

(Sursa: Ploae Victor, *Economia întreprinderii*, Editura Ex Ponto, Constanța, 2000, pp.53-54.)

Organizarea structurală cuprinde rezultatele organizării procesuale, pe care le încadrează în structuri organizatorice adecvate fiecărei întreprinderi în parte¹¹: „Organizarea structurală reprezintă procesul de proiectare a structurii organizatorice pentru o întreprindere, cuprinzând ansamblul posturilor și compartimentelor, modul în care sunt constituite și grupate, precum și legăturile ce se stabilesc între ele în scopul realizării obiectivelor acesteia.”

¹¹ Ilieș Liviu, *Managementul firmei*, Editura Dacia, Cluj-Napoca, 2003, p. 93.

În cadrul acestor părți se regăsesc componentele precum: postul, funcția, compartimentul, nivelul ierarhic, ponderea ierarhică, relațiile organizatorice.

Unul din elementele de bază a structurii organizatorice îl reprezintă postul de muncă, a căror obiective sunt etalate în sistemul sub formă de piramidă conferit obiectivelor organizaționale. Pentru a realiza obiectivele, titularii de post trebuie să îndeplinească anumite sarcini și atribuții, deținând: *autoritate formală* (competență organizațională) și *autoritate profesională* (competență profesională).

Autoritatea formală (competență organizațională) – exprimă limitele în cadrul cărora titularii de posturi au dreptul de a acționa. Autoritatea formală, în raport de domeniul în care se execută, poate fi ierarhică (când are efecte asupra indivizilor și se concretizează în acțiuni sau decizii de genul **ce** și **când** trebuie realizat, fiind exercitată la nivel operațional) sau funcțională (când are efecte asupra anumitor activități și se materializează în indicații care exprimă **cum** trebuie executate diferite activități, fiind asemănătoare cu puterea legislativă). *Autoritatea profesională (competență profesională)* este exprimată de nivelul de pregătire și experiența de care dispune o persoană. Pe lângă autoritate fiecare ocupant al postului de muncă are o serie de responsabilități, care reprezintă obligația de a îndeplini anumite sarcini sau atribuții în vederea realizării obiectivelor individuale ce revin fiecărui post. În literatura de specialitate corelarea și corespondența dintre sarcini, autoritate, responsabilitate și obiective sunt cunoscute sub denumirea de *triunghiul de aur al managementului*¹², Figura 2.5.

¹² Lazăr I. & colab, op. cit., 2004, p. 178.

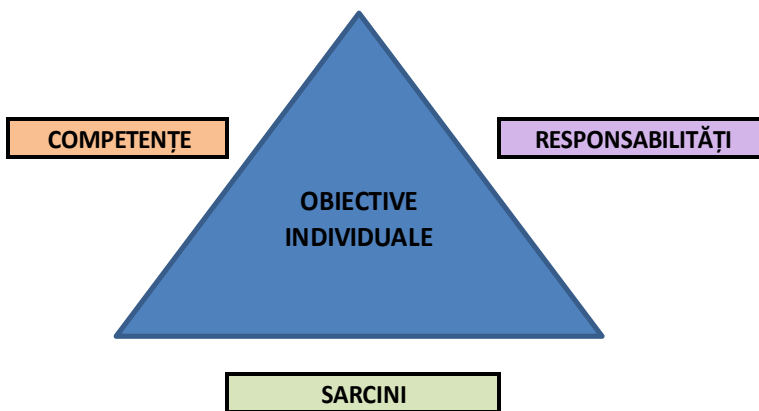


Figura 2.5. Triunghiul de aur al managementului

(Sursa: Lazăr Ioan Mortan Maria, Vereș Virgil, Lazăr Sorin Paul, *Management general*, Editura Risoprint, Cluj-Napoca, 2004, p.178)

Alături de forma de organizare structurală există și o **organizare informală**, care este constituită din totalitatea relațiilor interumane care se stabilesc pentru satisfacerea intereselor personale ale indivizilor. Deși însoțește organizarea formală, organizarea informală acționează de cele mai multe ori independent de aceasta. Cauzele apariției organizării informale¹³ se datorează unor factori precum: afectivitate, satisfacții, interese, aspirații, nivel de pregătire profesională, calificare și origine socială.

Între organizarea formală și organizarea informală există o interdependență puternică, determinată de unele similitudini: se constituie în interiorul aceleiași formațiuni

¹³ Ilieș Liviu, Op. cit., 2003, p. 128.

organizaționale, contribuie la realizarea obiectivelor comune, având caracter general dar dinamic.

Deosebirea de datorează mobilității diversificate a organizării de tip informal prin subordonarea ei, dorinței de realizare a aspirațiilor personale. În acest fel, influențele organizării informale pot fi atât pozitive cât și negative, rolul managementului formal constând în realizarea atât a obiectivelor individuale cât și celor de grup.

Pentru exercitarea puterii de conducere se aplică practicile care, prin convingere, manipulare sau autoritate, consemnează la realizarea propriilor scopuri. Adeseori, creativitatea, autoritatea și puterea lor sunt înăbușite ca urmare a obligației prea stricte de a respecta procedurile oficiale de subordonare față de conducerea superioară. Comunicarea clară, concretă și specifică a sarcinilor și responsabilităților fiecărui subordonat implicat în activitatea de implementare a soluției este de o importanță extremă.

*„Implementarea unei soluții implică, delegarea de autoritate, sau a dreptului de a transmite dispoziții, de a stabili factorii și politicile motivaționale și de a urmări îndeaproape respectarea normelor de disciplină în muncă. Coordonarea fluxurilor de comunicare formală și informală, reprezintă cele mai importante aspecte ale procesului de comunicare din această etapă.”*¹⁴ Prin aceasta se poate obține o lărgire a ariei responsabilităților, dincolo de această strictă autoritate formală, care este principiul de bază al proiectării organizatorice tradiționale, prin delimitarea ariei responsabilității de aria autorității.

¹⁴ Vlad Daniel Valerius, *Schimbare și dezvoltare organizațională*, Editura Risoprint, Cluj-Napoca, 2010, pp.109-111.

În general, relațiile umane se stabilesc prin intermediul interacțiunilor comunicaționale, datorită transmiterii și recepției de mesaje. Din acest considerent, în cadrul relațiilor interumane, atitudinile pot avea atât conotații pozitive cât și conotații negative. Consistența comportamentală cât și cea atitudinală pot fi explicate prin consecvența cu care indivizii doresc să rămână în paradigma propriului set de valori și credințe. Deseori, atitudinile oamenilor reprezintă expresia stereotipurilor lor. Cu toate acestea, atitudinile reprezintă demersul cognitiv și afectiv în măsură să asigure coerența comportamentală proprie fiecărei personalități.¹⁵ Astfel, se evidențiază importanța comunicării, care reprezintă ipoteza desfășurării activităților și a funcțiilor aferente proceselor de management, fiind o cerință importantă pentru atingerea obiectivelor organizaționale, precum și de stabilire a unor relații interumane, fundamentale.

Comunicarea managerială reprezintă procesul fundamental de interacțiune reciprocă, în care managerii, situați pe nivele ierarhice diferite, prin intermediul căruia aceștia transmit angajaților: idei, opinii, sentimente și decizii având în același timp și posibilitatea verificării manierei în care aceștia au recepționat mesajele transmise. Acest tip de comunicare poate influența și modifica atitudinile, comportamentele, percepțiile, sentimentele și opiniile indivizilor precum și ale echipelor de lucru, din această cauză comunicarea managerială constituie o cale prin intermediul căreia angajații își pot corela eforturile în mod sinergic.

¹⁵ Stanciu Ștefan, Ionescu Mihaela Alexandra, *Comportament organizațional*, Editura Comunicare.ro, București, 2007, pp.9-10.

De eficiența comunicării manageriale depinde: gradul de percepție al problemelor cu care se confruntă comunitatea, relația managerului cu angajații care pot avea calitatea de șefi, subalterni sau colegi, capacitatea lui de a găsi pârgurile motivaționale și a conduce angajații subordonați, de a gestiona conflictele inerente ce își fac apariția în organizație, precum și forța lui de persuasiune.

Semnificațiile primordiale ale comunicării manageriale constau în faptul că ea:

- conferă managerului contribuție participativă;
- contribuie la crearea unei coeziuni de comportamente și interese care ajută la înțelegerea reală și clară a obiectivelor organizaționale, impulsiv-nând în acest fel, integrarea noilor angajați;
- constituie un factor de dinamizare al activității manageriale.

Comunicarea managerială realizată prin intermediul unei interacțiuni eficace și eficientă între șef și subaltern, constituie un factor important de competitivitate, fiind un avantaj de strategie organizațională, și evident, un element critic atât de necesar în perioadele marcate prin schimbări în evoluția vieții instituțiilor pe baza căreia se implementează schimbarea, se reproiectează proceselor interne și noile strategii ale organizației.

2.1.3. Conducere – antrenare și motivare

Conducerea este procesul de a stârni entuziasmul oamenilor de a lucra și a le direcționa eforturile, pentru a îndeplini planurile și a atinge obiectivele, fiind considerată una din cele

mai importante funcții manageriale datorită abilității de lider și conducător de ai face pe oameni să se dedice realizării obiectivelor organizaționale (pe lângă cele individuale). Ea este direct legată de comportament și constituie „un proces dinamic dintr-un grup, în care un individ îi determină pe ceilalți să contribuie voluntar la îndeplinirea sarcinilor de grup într-o situație dată pe baza unui stil de conducere propriu și reacțiile grupului determinate de situația respectivă (sarcina, resursele externe etc.)”¹⁶, conform Figurii 2.6.

Conducerea trebuie să implice motivarea tuturor departamentelor managerilor de mijloc lucrează direct cu managerul general. Din acest considerent este necesar să se aibă în vedere caracteristicile privind postul de muncă, pregătirea potențialul membrilor grupului respectiv, urmărindu-se specificul activității organizației, calitatea echipei de conducere, motivarea personalului, performanțele și tehnologia aplicată. Doar în acest fel managerii vor fi încurajați *„în stabilirea unei bune înțelegeri cu oferirea feedback-ului, identificarea diferențelor dintre angajați, gestionarea conflictelor și motivarea grupurilor de muncă în vederea obținerii unor rezultate performante.”*¹⁷

¹⁶ Cole Gerald A., Op. cit., 2004, p.51.

¹⁷ Pipaș Maria Daniela, Jaradat Mohammad, *Managerial communication and leadership styles, Supplement of Quality Access to Success, Journal of management system*, vol.13, S2, 2012, p.82.

LIDER <ul style="list-style-type: none"> • aptitudini • cunoștințe • personalitate 	SARCINI/OBIECTIVE
SUBORDONAȚI <ul style="list-style-type: none"> • aptitudini • motivație 	MEDIU/SITUAȚIE

Figura 2.6. Variabilele principale ale conducerii

(Sursa: adaptat după Cole Gerald. A., *Management. Teorie și practică*, Editura Știința, Chișinău, 2004, p. 120.)

În dorința de a-i face pe angajați să urmeze direcția dorită de conducerea organizației, prin intermediul aplicării factorilor motivaționali un rol important îl are: „*persistența care face referire la perioada sau perioadele de timp în care un individ este atașat de o anumită acțiune. Persistența este deseori asociată cu doi termeni bine-cunoscuți sub denumirea de constanță și perseverență.*”¹⁸

Pentru un manager motivarea angajații din subordinea sa nu reprezintă o sarcină ușoară, deoarece este necesară adaptarea eforturilor proprii la particularitățile personalului. Un „*mecanism motivațional va începe cu existența unor lipsuri, care vor declanșa o serie de tensiuni ce vor determina căutări și identificări, determinând alegerea unui comportament adecvat scopului de atingere a obiectivelor propuse*”¹⁹, Figura 2.7.

¹⁸ Schermerhorn J. R. Jr., Hunt J. G., Osborn R. N., *Organizational Behavior*, 12th Edition, London, John Wiley&Sons, 2011, p.147.

¹⁹ Clipa Cătălin, *Comportament organizațional*, Editura Universității „Alexandru Ioan Cuza”, Iași, 2008, p.56.

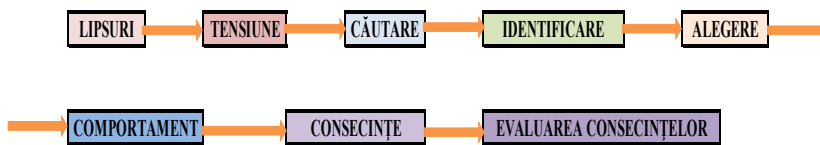


Figura 2.7. Mecanismul motivației

(Sursa: adaptat după Clipa C., *Comportament organizațional*, Editura Universității „Alexandru Ioan Cuza”, Iași, 2008, p.56.)

După acest model al mecanismului motivațional, toate procesele de motivare din organizație trebuie să se sprijine pe orientarea atitudinii și comportamentului în funcție de gradul și tipul de manipulare a consecințelor care sunt asociate fiecărui comportament adoptat de către subordonați.

2.1.4. Control și evaluare

Prin funcția de control se poate măsura performanța muncii, compara rezultatele cu obiectivele și dacă este cazul de aplicat acțiunile corective. Prin control, managerul general menține activ contactul cu oamenii în cursul muncii lor, adună și interpretează rapoartele asupra performanței firmei și utilizează aceste informații pentru a plănuiești acțiuni constructive și schimbări. Întregul sistem de control este construit pe oameni de la toate nivelurile, care i-au deciziile potrivite.

La nivelul unităților sanitare, managerii au nevoie de informații corelate direct cu procesul de îngrijire medicală pentru a putea lua decizii clinice privind calea optimă de obținere a unor performanțe manageriale considerabile. Pot exista variații pe parcursul proceselor și practicilor medicale, însă e necesar controlul deviațiilor semnificative care pot

afecta în mod negativ rezultatele din punct de vedere al performanțelor.

Funcția de control încheie șirul funcțiilor manageriale, datorită faptului că planificarea, organizarea și activitățile de motivare funcționează, se impune monitorizarea, măsurarea și evaluarea, respectiv controlul. Gerald Cole²⁰ definește controlul ca: „Controlul este, în esență, o problemă a creării de sisteme de feedback în întreaga organizație și poate fi implementat atât cantitativ cât și calitativ. Elementele de bază ale controlului sunt următoarele: stabilirea standardelor de performanță, măsurarea performanței, compararea rezultatelor reale cu standardele, implementarea acțiunilor corective unde se cere”.

Criteriile care stau la baza evaluării performanței organizaționale sunt „calitatea, viteza de apariție pe piață, eficacitatea rețelelor comerciale, investițiile imateriale (formare, progres tehnic), sisteme de gestionare, bazate pe capacitatea de a iniția și de a inova.”²¹

Funcția de control are două laturi indivizibile: **una pasivă**, de înregistrare și evaluare a performanțelor și **una activă**, de corectare a acestora. Informațiile colectate și prelucrate în procesul controlului sunt esențiale pentru finalizarea unui ciclu managerial în organizație (previziune, planificare, organizare, coordonare, motivare și control).

Varietatea sistemelor de control (controlul managerial, controlul grupului de muncă, autocontrolul) permite instituțiilor și organizațiilor să aplice formele care se potrivesc cel mai bine specificului fiecăreia, neexistând o strategie

²⁰ Cole G. A., op. cit., 2004, p. 214.

²¹ Charpentier P., Deroy X. et al, op. cit., 2002, p. 46.

universală de control, aplicabilă în orice circumstanțe. Indiferent de forțele antrenate, de mijloacele utilizate și de repercusiunile posibile, decizia luată la un moment dat presupune existența unui mecanism din care fac parte mai multe sisteme: un sistem de analiză, un sistem de previziune, un sistem de evaluare și un sistem de referință. În sfera procesului decizional cercetarea operațională are un larg câmp de acțiune, fiind apreciată drept o cale de pregătire științifică a deciziilor, fiind posibilă luarea unei decizii pe baza mai multor categorii de modele.

2.2. Elemente de etică și responsabilitate socială

Unul dintre cele la veridice repere în înțelegerea izvoarelor scrise ale eticii este reprezentat de gândirea elenă prin intermediul lui Socrates (469-399 î.Hr.), care face trecerea de la preocuparea pentru dezlegarea tainelor universului, la determinarea legilor fundamentale ale conduitei umane. Socrates a considerat că prin cercetare neîntreruptă putem afla adevăratul obiectiv pentru toți oamenii. Acesta consideră a fi bune „cunoștințele care te conduc spre un drum virtuos” și este adeptul ordinii și a păcii sociale.

Dacă Socrates și-a împărtășit învățăturile discipolilor săi sub formă de dialoguri, Platon (427-347 î.Hr) face referire la valorile supreme ale vieții morale într-o formă scrisă. Un alt discipol al lui Socrates, Aristotel (384-322 î.Hr) scrie în *Etica nicomahică* că obiectul eticii este: „*studiul binelui sau al virtuții, arătând ca binele este scopul suprem*”. Binele suprem despre care

vorbește Aristotel reprezintă scopul absolut, spre care tinde tot ce ne înconjoară, dar acesta nu este un bine abstract, transcendental, ci un bine realizabil în practică, un bine accesibil omului care prin constituția sa, este o ființă socială dornică de adevăr.

Etica „este o disciplină filosofică, ce-și găsește aplicabilitate în toate domeniile vieții sociale. Primele abordări ale eticii provin din antichitate, de acum mai bine de 2400 de ani, etica fiind parte componentă a doctrinelor filosofice.”²² Termenul de etică are originea din limba greacă, în care „ethos”, are semnificația de obișnuință sau datină. Cicero este filozoful care a tradus „ethos” din limba greacă, în latină prin „mores”, având conotație de moravuri sau obiceiuri.

În general, etica este definită ca știință a studiului principiilor morale și a rolului lor în viața socială, altfel spus etica se ocupă cu totalitatea normelor de conduită morală corespunzătoare ideologiei unei clase sau societăți. Etica reprezintă forma de cunoaștere și legitimare în conștiință prin intermediul normelor și imperativelor morale, a unor acte și fapte omenești. De aceea etica face adeseori referiri la înțelepciune. Etica nu este altceva, în sens metaforic, decât pelerinajul sufletului între plus și minus, între ordine și dezordine etc.

La jumătatea anilor '90 Dicționarul Oxford definea bioetica drept „disciplina care studiază problemele etice rezultate din progresele medicinei și biologiei.”. Putem observa că această definiție se referă mai ales la ceea ce, în accepțiunea actuală se înțelege prin termenul de etică biomedicală. Intre timp, noi ramuri au apărut în cadrul bioeticii: etica mass-mediei, etica

²² Țigu G., *Etica afacerilor în turism*, Editura Uranus, București, 2005, p. 12.

economică și politică, etica mediului etc. În prezent etica medicală (medical ethics) este inclusă în etica biomedicală (biomedical ethics – etica în medicină și biologie). Termenul de bioetică provine din franceză – bioéthique – și era echivalentul în engleză al medical ethics (etică medicală).²³

Etica medicală a fost concepută ca un set de reguli pe care doctorii trebuiau să îl urmeze (Jurământul lui Hipocrat). Astăzi ea reprezintă o ramură a filozofiei, care se ocupă cu studiul moralei ce reglementează comportamentul corpului medical: medici, asistente, infirmiere etc., în relația lor cu viul, în toate aspectele lui.

Lațcu²⁴, susține că există două moduri de a trata problemele etice:

- „din punctul de vedere al **consecințelor** se susține ideea că evaluarea etică a unui act depinde doar de consecințele actului respectiv;
- din punct de vedere **deontologic** se prevede că evaluarea etică a unui act nu depinde doar de consecințele sale, anumite acte putând fi greșite prin ele însele; forma cea mai comună este etica kantiană (după Immanuel Kant).”

Date fiind funcțiile conducerii, etica trebuie să fie „un drum spre înainte”, o cale spre progres. O concepție etică este esențială pentru a atrage suportul și implicarea pozitivă a tuturor participanților la succesul firmei: angajați, clienți,

²³ Raicu G., *Etica medicală*, <http://www.cmb.ro/etica/intro.html>, august 2002, accesat la 19 octombrie 2016.

²⁴ Lațcu D., „Ethical Student Conference Aarhus – raport științific” (Danemarca), august 1999, p.5, <http://www.cmb.ro/etica/esc1999.pdf>, accesat la 17 octombrie 2016.

acționari, creditori, furnizori, precum și a comunității în care firma operează.

În timp ce „*principiile eticii în practica medicală sunt: respectarea autonomiei individului; beneficiența (să faci bine) și non-maleficiența (al evitării suferințelor).*”²⁵

În literatura de specialitate sunt evidențiate câteva **funcții ale eticii: funcția cognitivă, funcția normativă (axiologică), funcția persuasivă** urmărind actul convingerii și nu în ultimul rând, **funcția educativă care este** marcată existența unui fond prealabil de moralitate al subiecților, contextul social, cultural, politic, economic, juridic etc., existența în jurul subiecților a unor modele morale reale etc.

În anul 1949 a fost aprobat „**Codul internațional al eticii medicale**” al **Asociației Medicale Mondiale** având la bază Declarația de la Geneva a Asociației Medicale Mondiale (AMM). A fost adoptat de a Treia Adunare Generală a Asociației Medicale Mondiale (Londra, octombrie 1949) și amendat de a 22-a Adunare Generală (Sydney, august 1968) și a 35-a Adunare Generală (Veneția, octombrie 1983) și Pilanesberg (Africa de Sud, octombrie 2006), care conține două direcții principale: datoriile medicului în general și datoriile medicului față de colegi.

„*Codul de Conduită al Consiliului Central al Asistenților Medicali, al Moașelor și al asistenților medicali comunitari (1992) stipulează că asistenții medicali ar trebui să „acționeze întotdeauna în așa fel încât să promoveze și să protejeze bunăstarea și interesele pacienților/clientilor”.* Codul Etic pentru Asistenții Medicali²⁶

²⁵ Vlădescu C., coordinator, op. cit., pp. 105-107.

²⁶ Popovici S., <http://www.oamr-iasi.ro/articole/art02.php>, publicat în 2003, accesat la 17 octombrie 2016.

realizat de Consiliul Internațional al Asistenților Medicali (ICN) (2000) are prezentate următoarele principii: *„natura relației dintre asistentul medical și pacienți, relația dintre asistentul medical și practica medicală, relația dintre asistenții medicali și profesie și relația dintre asistenții medicali și colegii lor.”*

Pe de altă parte, responsabilitatea socială în sistemul de sănătate este inevitabil legată de etica medicală, care ține de deontologie (ansamblu de reguli interne din cadrul unei profesii), de morală și de știință. Din acest considerent ansamblu de reguli de conduită și a responsabilității profesioniștilor din domeniul sănătății față de pacienții lor constituie responsabilitatea socială.

Responsabilitatea medicală este morală și juridică. Responsabilitatea morală este legată de conștiința noastră morală, iar în cazul responsabilității medicale constituie respectarea principiilor eticii prezentate anterior așa cum este just, corect și echitabil atât față de pacienți cât și față de colegi. Prin responsabilitatea juridică se dorește prevenirea încălcării regulilor și principiilor, fiind reglementată prin norme juridice.

În domeniul juridic se face delimitarea între noțiunea de răspundere și responsabilitate, fiind considerate două categorii distincte, care au multe trăsături comune, interacționând și determinându-se reciproc, deoarece nu poate să existe răspundere decât numai între persoane responsabile și libere să-și aleagă un anumit tip de comportament conformat sau neconformat legii. Răspunderea și responsabilitatea nu coincid, deoarece se întemeiază pe factori externi diferiți, precum diverse sunt și obiectivele la care se raportează. Noțiunile nu coincid, nici în ce privește natura lor: răspunderea este mai

mult de ordin normativ, în timp ce responsabilitatea, preponderent și direct este mai mult de ordin valoric.

Astfel se impune diferențierea în răspunderea juridică și răspunderea morală. Răspunderea juridică trebuie studiată în strânsă conexiune cu cea socială și poate fi penală, civilă, (delictuală, contractuală), administrativă (contravențională) și disciplinară. Este considerată forma cea mai gravă a răspunderii sociale și are următoarele caracteristici: legalitatea, instituționalitatea, obligativitatea, punitivă. Răspunderea morală este guvernată de principii generale și speciale și poate fi spirituală și atemporală.

Dacă ne referim la răspunderea profesională medicală, atunci se poate spune că *„urmărește, pe de o parte, protejarea intereselor bolnavului, iar de cealaltă parte, are valoare profilactică, stimulând inițiativa medicului în interesul bolnavului, evitând cazurile de urmărire pentru responsabilitate.”*²⁷

În domeniul medical interesul, afirmă Zanoschi²⁸, pentru ameliorarea stării de sănătate în cadrul politicii sistemelor de sănătate au aspecte diferențiate în funcție de problema de sănătate cu privire la asistența primară, asistența secundară și asistența terțiară prin așa numita Carta Albă de la Ljubljana, Tabel 2.1.

²⁷ Astărăstoae V., Ioan B., Borcean Gh., Fătu L., *Răspunderea profesională medicală*, <http://www.cmr.ro/raspunderea-profesionala-medicala/>, publicat la 7 februarie 2012, accesat la 19 octombrie 2015.

²⁸ Zanoschi Georgeta, *Sănătate publică și management sanitar*, Ed. Edit Dan, Iași, 2003, pp. 218-219.

**Tabel 2.1. Conținutul relativ al asistenței medicale primare
și a celorlalte niveluri în îngrijire (White)**

	Asistență primară	Asistență secundară	Asistență terțiară
Problema de sănătate			
Rară și complicate	+	+	++++
Rară și specific	++	++++	++
Comună și nespecifică	++++	++	+
Locul acordării asistenței			
În comunitate	++++	++	+
Spital general	++	++++	+++
Spital specializat	O	++	++++
Modalitatea de acces			
Direct	+++	+++	O
Cu trimitere	+	+++	++++
Extinderea responsabilității			
Îngrijire continuă	++++	+	+++
Îngrijire periodică	+	++++	+
Îngrijire circumstanțială	+	++	+++
Sursele de informații			
Pacientul și familia	++++	++	+
Baze de date (epidemiologice)	++++	+++	+
Baze de date (biomedicale)	+	++	++++
Tehnologia necesară			
Echipament complex/ personal înalt calificat	+	++	++++
Laborator cu dotare obișnuită	++++	++++	++
Interes special/Orientare			
Prevenție/Ocrotirea sănătății	++++	++	+
Diagnostic precoce/	+++	+++	++
Evitarea complicațiilor	++	++	++++
Reabilitare/Îngrijiri paliative			

	Asistență primară	Asistență secundară	Asistență terțiară
Nevoi de formare			
Generale/Largi	++++	++	+
Complete/Concentrate	++	+++	++
Înguste/Înalt specializate	O	++	++++

Legendă: O = necaracteristic; + până la ++++ = caracteristic în creștere

(Sursa: Zanoschi Georgeta, *Sănătate publică și management sanitar*, Editura Edit Dan, Iași, 2003, pp. 218.)

În domeniul responsabilității sociale se trebuie să se respecte trei principii fundamentale: de binefacere, de justiție și respectul pentru drepturile celorlalți²⁹:

- a. **Principiul binefacerii**, se referă la responsabilitatea pe care cineva trebuie să o aibă pentru protejarea celor vulnerabili, prin intermediul acestui principiu se are în vedere datoria fiecărei persoane ca atunci când deține o poziție socială solidă să facă bine altora, să îi protejeze și mai ales să evite să le facă rău. Acesta presupune datoria omului de a apăra drepturile acelor semeni care nu pot să-și apere singuri propriile drepturi;
- b. **Principiul justiției**, a cărui deziderat este reprezentat de corectitudine, implică datoria de a fi corect în ceea ce reprezintă egalitatea de șanse pentru toți angajații precum și de a fi echitabil

²⁹ This R., *Etica și responsabilitatea socială*, <https://dreptmd.wordpress.com/cursuri-universitare/etica-si-deontologia-juridica/etica-si-responsabilitatea-sociala/>

atunci când sunt apreciate rezultatele acestora în vederea acordării recompenselor. El implică datoria de a trata angajații cu demnitate și decență, fără a apela la acțiuni de discriminare a lor pe motive care implică sexul, vârstă, rasa, etnia sau religia;

- c. *Principiul respectului pentru oameni*, implică datoria de a respecta valorile demnității, a libertății de gândire și de exprimare semenilor. Acest principiu impune cultivarea valorilor ca: cinste, onestitatea, sinceritatea și fructificarea posibilului potențialul al angajaților în dezvoltarea carierei și ascensiunea profesională.

2.3. Calitate și siguranță în serviciile medicale

Globalizarea relațiilor economico-financiare, accelerarea ritmului cu care se produc schimbările, evoluția tot mai amplă a cunoștințelor de care depinde obținerea avantajului competitiv sunt doar câteva elemente care determină organizațiile să acționeze și să caute oportunități de a oferi calitate și performanță.

De-a lungul anilor, conceptul de calitate a fost abordat în toate domeniile de activitate de către numeroși specialiști ceea ce a determinat ca în definirea conceptuală a acesteia să existe numeroase păreri contradictorii. Rațiunea acestei percepții diferențiate, rezidă din varietatea multiplă a beneficiarului calității respectiv clientul, deoarece organizațiile își elaborează strategiile manageriale astfel încât eforturile lor să fie focalizate pe beneficiari, pe satisfacerea cerințelor și nevoilor acestora în condițiile în care încrederea tuturor

actorilor interesați în realizarea unui produs eficient și eficace să fie demonstrată de asigurarea calității.

Unii specialiști susțin că: *„demersul calității nu a apărut într-un moment precis al istoriei. Este un element fundamental al comportamentului omului, care a fost mai mult sau mai puțin dezvoltat după împrejurări și necesități.”*³⁰

Multitudinea de beneficii oferite de către managementul calității este prezentată de Paraschivescu³¹ ca un sistem eficient ce oferă următoarele beneficii:

- *„îmbunătățește planificarea strategică* – prin obținerea la timp a informațiilor relevante. Utilizând acest tip de informații, entitatea sanitară poate obține o proiecție a tendințelor operative, poate realiza o analiză SWOT eficientă și nu în ultimul rând poate obține rapoarte comparative de performanță;
- *îmbunătățește rezultatele clinice* – pentru manageri trebuie să se vadă diferențele în rezultate clinice înainte și după implementarea unui sistem de management al calității. În timpul implementării unui sistem eficient de management al calității, rezultatele pot fi îmbunătățite prin adoptarea unor practici noi care pot fi furnizate de sistem cum ar fi compararea modelelor de tratament și rezultatele obținute de alte entități de același tip;

³⁰ Kerekes L., Sraum Ghe., *Sisteme de management conform standardelor internaționale*, Editura Dacia, Cluj-Napoca, 2011, p.16.

³¹ Paraschivescu Andrei Octavian, *Managementul calității*, Ediția a II-a Editura Tehnopress, Iași, 2006, p. 64.

- *îmbunătățește eficiența managerială și operațională*
 - succesul proiectului de management al calității este foarte important pentru management deoarece el va întări valoarea managementului prin atingerea obiectivelor propuse, obținerea satisfacției pacienților și nu în ultimul rând prin reducerea cheltuielilor aferente tuturor activităților.”

În domeniul asistenței primare de sănătate, prin calitate se înțelege efectuarea corespunzătoare a intervențiilor lipsite de riscuri pe care medicina de familie poate să le acopere având în vedere costurilor ce sunt implicate și care au sau nu, capacitatea de a satisface nevoile și așteptările rezonabile ale pacienților și de a produce un impact favorabil asupra morbidității, invalidității și mortalității populației.

Donabedian³², caracterizează calitatea îngrijirilor de sănătate ca fiind îngrijirile de la care se care se așteaptă creșterea stării de sănătate a pacienților, având în vedere, în același timp, echilibrul care se stabilește între câștiguri și pierderi, fenomene care pot să își facă apariția în oricare din etapele aferente acestui proces. Pentru maximizarea rezultatelor eforturilor de îmbunătățire a calității, trebuie respectate următoarele criterii:

- **structura** – se referă la caracteristicile relativ bine stabile ale furnizorilor de îngrijiri, ale metodelor, tehnicilor și resurselor organizaționale pe care aceștia le au la dispoziție, deoarece

³² Donabedian Avedis, *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*, Oxford University Press, 2003, p.87.

mediul fizic și informațional în care aceștia își desfășoară activitatea, include resursele umane, fizice și financiare care sunt necesare pentru asigurarea îngrijirilor medicale. Structura este considerată ca un mijloc de evaluare a calității îngrijirilor, având unele limite, dar cu toate acestea se consideră că relația dintre structură și calitatea îngrijirilor este foarte importantă în planificarea și implementarea sistemelor, care să asigure servicii de sănătate indivizilor;

- **procesul de îngrijire** cuprinde recunoașterea problemei, procedurile diagnostice, diagnosticul, terapia și îngrijirea. Procesul de îngrijire medicală este un lanț complex de evenimente în care fiecare dintre ele este un sfârșit al celui anterior și reprezintă o condiție necesară a celui viitor. Deși se consideră că un proces optim de îngrijire asigură rezultate optime, relația dintre proces și rezultate nu este întotdeauna dovedită. Când această legătură lipsește, măsurarea procesului nu indică real problema care trebuie rezolvată;
- **rezultatul** este „o modificare a stării de sănătate prezentă și viitoare a pacientului, ca urmare a unei îngrijiri de sănătate”. În ultimii ani s-a acordat o mare importanță măsurării rezultatelor, a efectelor îngrijirilor asupra pacienților, sănătății, de bine general. Rezultatele includ o mare gamă de variabile asociate cu prezența sau absența bolii, handicapuri sau incapacități, zile

de absență de la serviciu, activități zilnice și satisfacție. Rezultatele îngrijirilor sunt din ce în ce mai mult recunoscute în prezent ca fiind foarte importante pentru evaluarea serviciilor de sănătate și a politicii sanitare. Este de subliniat faptul că rezultatele îngrijirilor de sănătate se referă la valori și nu doar la aspecte tehnice.

Calitatea îngrijirii are multiple dimensiuni, dependente de percepția persoanei căreia i-se adresează întrebarea, cât și de contextul ambiental, organizațional și socio-uman: „*se bazează pe valori individuale ale culturii profesionale și etnice cât și pe contextual situației*”.³³ O definiție amplă și concretă a calității în sfera serviciilor medicale a fost dată de Kara Hanson³⁴ și colaboratori: „*în sfera ocrotirii sănătății, serviciul de o calitate ridicată este cel care atestă îngrijirea eficientă și răspunde expectanțelor tuturor indivizilor, situându-se în acest fel la baza umanității, a echității și a eficienței.*”

Îngrijirile medicale de calitate trebuie să se acorde într-un mediu care să confere siguranță fizică și psihică pacientului, răspund așteptărilor rezonabile ale pacientului și mai mult vin în întâmpinarea nevoile reale ale acestora. Astfel de servicii trebuie să fie disponibile și accesibile, să permită coordonarea eficace între personalul medico-sanitar și organizație, bazându-se pe un nivel ridicat de cunoștințe referitoare la gestiunea serviciilor de prevenție, educație, diagnostic și tratament.

³³ Vlădescu Cristian, Op. Cit., 2004, p.93.

³⁴ Hanson K. et al, *Is Private Health Care the Answer to the Health Problems of the World's Poor?* PLOS Medicine, 2008, p.85.

Calitatea poate fi întotdeauna îmbunătățită, aceasta se poate obține și prin compararea cu alte organizații de același fel, sau prin raportarea performanțelor proprii la ale celor mai puternici concurenți sau parteneri, calitatea nu costa nimic în plus ci trebuie să faci lucrurile să meargă bine de prima dată, asigurarea calității este un proces sistematic, orientat spre îmbunătățirea continuă a performanțelor îngrijirilor medico-sanitare. Din acest punct de vedere, un cabinet medical trebuie să ofere un nivel ridicat de satisfacție în primul rând a propriilor angajați, motivându-i să-și perfecționeze cunoștințele și să caute soluții noi pentru problemele organizației în așa fel, încât rezultatele așteptate să se identifice în obținerea unor servicii medicale net superioare calitativ.

Majoritatea specialiștilor din domeniu consideră calitatea serviciilor medicale ca o îngrijire optimă a pacientului, bazată pe folosirea protocoalelor standard de tratament, a serviciilor suplimentare în cazul în care este necesar și al relațiilor interpersonale constructive stabilite între medic și pacient. Percepția pacienților în legătură cu calitatea actului medical va depinde de problematica socială a populației, de dezvoltarea social-economică și evoluția stării de sănătate publică, de factori de risc de îmbolnăvire și factori de protecție a sănătății, de climatul din colectivitățile de lucru, problematica familiei, nivelul de cultura sanitară și nu în ultimul rând de comportamentul sanitar al populației.

Când se dorește îmbunătățirea unei anumite măsuri de îngrijire, criteriile de măsurare trebuie stabilite pe baza experienței în acest gen de cazuri. Atunci când scopul este acela de a îmbunătăți o anumită unitate, comisia de îmbunătățire a

calității poate identifica indicatorii corespunzători întrebându-i pe managerii unor unități medicale similare care sunt cele mai importante caracteristici, operațiuni și rezultate întâlnite în activitatea lor.

Criteriile privind desfășurarea evaluării, trebuie să se refere la acele etape din procesul de îngrijire care sunt importante pentru tipul de pacienți avut în vedere. Pentru a evalua calitatea îngrijirii, ar trebui luate în calcul următoarele criterii³⁵: *„datele privind istoricul medical al familiei; date despre examinarea fizică și de laborator a pacientului, despre anomaliiile senzoriale și motorii etc; datele înregistrate într-o formă sistematică și standardizată.”*

Criteriile de evaluare a rezultatelor trebuie să se concentreze asupra rezultatelor ce se așteaptă în urma îngrijirii unei anumite categorii de pacienți. În acest sens, criteriile stabilite pentru fiecare caz de îngrijire trebuie aplicate mai întâi unui grup-test de pacienți, pentru a verifica dacă facilitează măsurarea fiabilă și validă a calității îngrijirii. Pentru a fi utile, aceste criterii trebuie să fie realiste, inteligibile, exprimate în termeni accesibili și realizabile cu un efort rezonabil.

Asigurarea calității serviciilor de sănătate reprezintă un proces de conducere a unui program continuu de evaluare a calității în scopul îmbunătățirii permanente a acesteia, fiind delimitate o serie de obiective ca:

³⁵ Jaradat Mohammad, *Bazele managementului*, Editura Risoprint, Cluj-Napoca, 2007, p.47.

- *Eficacitatea medicală*, cel mai important obiectiv, reprezintă capacitatea de a obține rezultate de excepție în activitatea de îmbunătățire a stării de sănătate a populației prin intermediul conferirii celor mai bune îngrijiri.
- *Eficiența* reprezintă capacitatea managerilor și angajaților de a ajunge la rezultate performante referitoare la starea de sănătate, având ca obiectiv final obținerea celor mai bune îngrijiri medicale prin intermediul unor costuri cât mai scăzute. Limitările economice din toate sistemele de sănătate determină furnizorii de servicii de sănătate să fie foarte atenți la modul în care utilizează resursele financiare și umane. Acest aspect conduce la exercitarea de presiuni din partea managerilor asupra furnizorilor de servicii de sănătate pentru creșterea eficienței muncii lor.
- *Obiectivul* – sintagmă „*îngrijirea medicală trebuie orientată spre pacient*”. Această exprimare evidențiază faptul că îngrijirile de sănătate sunt un produs al căror consumator este pacientul. De aceea așteptările și solicitările pacienților trebuie să fie luate în serios în procesul de oferire a serviciilor de sănătate, pentru a asigura nu numai eficacitatea actului medical, din perspectiva clinicianului, dar și satisfacția pacientului. Multe activități de asigurare a calității sunt axate pe includerea opiniilor pacienților în

evaluarea activităților dintr-un spital. Acestea nu sunt doar aspecte de satisfacție a pacienților sau rezolvare a plângerilor, ci și aspecte legate de etica medicală, intimitate și drepturile pacienților de a participa la luarea deciziilor, în ceea ce privește îngrijirile medicale care îi privesc.

Un aspect aparte a serviciilor de sănătate îl reprezintă *medicina de familie*, care abordează calitatea diferit funcție de competența profesională a managerilor și a echipei de medici, de gradul de accesibilitate a pacienților la serviciile medicale, de continuitatea actului medical și a serviciilor de sănătate oferite de medicul de familie, de gradul de siguranță, infrastructură și confort oferit pacienților, de eficiența și eficacitatea procedurilor și a tratamentelor administrate și nu în ultimul rând de abilitățile de comunicare și consiliere pe care medicii de familie le dețin în interacțiunea cu pacienții, furnizorii, echipa de îngrijiri și comunitatea.

Îmbunătățirea continuă a calității serviciilor medicale furnizate de medicii de familie reprezintă un deziderat care vine în întâmpinarea așteptărilor pacienților și care duce în final la obținerea satisfacției acestora față de serviciile medicale în genere. Un bun management al calității medicinei de familie constă în planificarea, organizarea, conducerea cu luarea celor mai bune decizii și aplicarea acestora în practică, controlul și revizuirea măsurilor necesare modelării serviciilor și proceselor medicale, astfel încât acestea să răspundă permanent nevoilor pacienților, furnizorilor, finanțatorilor etc.

Calitatea în medicina de familie nu se referă doar la serviciile medicale, ea trebuie să se regăsească în toate activitățile desfășurate în cadrul cabinetului medicului de familie și cere implicarea profesională conștientă a întregii echipe de angajați. Calitatea serviciilor medicale prestate la nivelul cabinetului medicului de familie trebuie percepută de pacienți nu numai prin prisma interacțiunii medic-pacient ci și prin colaborarea cu parteneri de „calitate” instituții medicale performante, furnizori de echipamente modern, de ultimă generație, medicamente accesibile din punct de vedere calitate-preț, materiale sanitare, instrumentar și reactivi calitativi.

Calitatea serviciilor acordate în cabinetele de asistență primară, are două componente importante:

- *calitatea actului medical*, care depinde în principal de stadiul pregătirii profesionale, de experiența medicului precum și a echipei medicale,
- *calitatea serviciilor medico-sociale acordate pacienților*, depinde de felul în care echipa medicală își pune abilitățile și competențele în slujba lui.

Evaluarea managementului cabinetului de medicină primară, poate fi realizată prin intermediul unui set de indicatori procesuali, structurali sau clinici. Cei mai cunoscuți indicatori de structură și/sau proces, utilizați în evaluare sunt reprezentați de³⁶:

- *„accesibilitatea, organizarea și disponibilitatea serviciilor medicale;*

³⁶ Van den Hombergh P., *Practice visits. Assessing and improving management in general practice*. Dissertation. Nijmegen: Nijmegen University, 1988, p.157.

- existența unei baze de date (nivelul de informatizare a cabinetului) cu pacienții înscrși la cabinetul medicului de familie;
- existența unei liste cu echipamentele standard și / sau echipamente de ultimă generație;
- prezența materialelor de igienă necesare și modalitățile de depozitare a deșeurilor;
- organizarea eficientă a activităților preventive și delegarea de sarcini medicale angajaților care au competențe în acest sens (asistente medicale);
- modul în care se realizează activitatea de delegare a de sarcinilor în ceea ce privește efectuarea analizelor de laborator;
- colaborarea favorabilă a medicului cu pacientul, a medicului cu angajații și implicit a tuturor angajaților cu organizațiile partenere.”

După opinia lui Neculau E. A. și Mărginean M.³⁷: „acești indicatori pot furniza informații despre starea actuală și poate ajuta la analiza de comparație aplicată furnizorilor de servicii, mai mult aceste informații reprezintă de cele mai multe ori o resursă reală în activitatea de alegere a furnizorului potrivit.” Există însă, o serie de indicatori clinici specifici care sunt mult mai dezvoltați în literatura de specialitate ceea ce face ca aceștia să fie incluși în majoritatea ghidurilor de bune practici medicale. Ca orice tip de evaluare și evaluarea calității cabinetului medicului de familie se realizează prin așa numitul proces de auditare internă/externă:

³⁷ Neculau E.A., Mărginean M., *Monitorizarea managementului cabinetului medicului de familie studiu de caz cu utilizarea instrumentului European Practice Assesment (EPA)*, 2009, <http://cnsmf.ro/wp-content/uploads/2013/11/EPA.pdf>, accesat la data de 18 mai 2015.

- **Auditul intern** este efectuat de către echipa medicală din entitatea proprie în baza unui set de indicatori uzuali în acest domeniu. Această evaluare cuprinde activitățile de planificare și organizare a serviciului medical cu referire la aplicarea corectă a procedurilor și reglementările utilizate în scop diagnostic sau terapeutic, utilizarea resurselor manageriale, finalizându-se cu evaluarea rezultatelor obținute care se reflectă și în calitatea vieții pacienților. Acest tip de audit îi ajută pe manageri și practicieni să-și aprecieze nivelul performanțelor profesionale având drept element de comparație atât standardele cât și ghidurile de bune practici;
- **Auditul extern** este realizat de autoritățile sanitare care evaluează aceleași activități cu specificația că de această dată măsurarea calității serviciilor medicale are ca obiectiv principal cunoașterea realității și totodată realizarea unei comparații realizate între organizații similare. În mod obișnuit acest tip de audit dă posibilitatea identificării unor modele pozitive din medicina de familie așa-numitele modele de bună practică, e mai apoi pot fi diseminate. De această dată, măsurarea calității se realizează prin intermediul unor indicatori iar rezultatul analizei generează, de cele mai multe ori, inițierea unor măsuri necesare creșterii calității și performanței organizaționale.

Medicina de familie face parte integrantă din acest sistem specializat, având un rol de bază, datorită faptului că are posibilitatea și mecanismul de control primar asupra stării de sănătate a propriilor pacienți precum și a unei categorii mai reduse de pacienți care pot solicita serviciile de asistență medicală primară. Astfel, calitatea managementului în medicina de familie este principalul promotor al omului sănătos, ținând cont de faptul că medicul de familie trebuie să aibă o viziune globală și sintetică asupra pacienților cu care interacționează și relaționează direct în mediul lor social, familial și existențial.

Capitolul 3

Retrospectivă asupra managementului practicat în serviciile sanitare

3.1. Managementul și managerii serviciilor sanitare

Managementul constituie un proces de influențare interpersonală exercitat într-o situație anumită și este îndreptat spre atingerea sau îndeplinirea unor obiective. Este considerat ca fiind: arta prin intermediul căreia, managerii fac ca activitățile să se realizeze în organizație, fapt pentru care ei procură, alocă și utilizează resurse financiare, tehnologice și umane în vederea atingerii scopurilor organizaționale¹

Formarea unui concept strategic care sporește eficacitatea și eficiența organizațională implică organizațiile în construirea unei coaliții care alături de motivație și competență atrage după sine succesul și performanța.

În general, activitatea de management este guvernată de o serie de principii, care sunt modelate funcție de: tipul

¹ Pânzaru Stelian, *Comportament organizațional*, Tipografia Universității „Spiru Haret”, Brașov, 2009, p.2.

organizației, caracteristicile concrete ale organizației și problemele ce trebuie rezolvate. Principiile managementului organizației formează un sistem pe baza căruia se concepe și se modelează în primul rând comportamentul conducătorilor, dar și al celor conduși. Din acest considerent, în funcție de sfera de acțiune putem întâlni principii generale și principii specifice.

Cornescu V. Mihăilescu I. și Stanciu S. prezintă următoarele „*principii generale ale managementului*”:

1. ***principiul creșterii eficienței*** – solicită ca în cadrul fiecărei organizații să se obțină rezultate maxime cu eforturi (cheltuieli) minime;
2. ***principiul gestiunii economice*** – potrivit căruia, conducerea organizației trebuie să asigure gospodărirea resurselor de care dispun în așa fel încât, din veniturile obținute să se recupereze cheltuielile și să se obțină profitul care asigură autofinanțare;
3. ***principiul unității conducerii și răspunderii*** – conform căruia fiecare conducător are stabilite cu precizie atribuțiile, responsabilitățile și competențele. Respectarea acestui principiu asigură ordinea și disciplina în interiorul organizației;
4. ***principiul competenței profesionale și motivării angajaților*** – cere ca pe fiecare treaptă ierarhică să se afle cei mai competenți angajați (omul potrivit la locul potrivit), iar fiecare angajat să fie stimulat pe baza unor criterii clar stabilite (rezultate, pregătire, experiență) să obțină o productivitate cât mai mare;

5. ***principiul flexibilității*** – impune ca fiecare sistem de conducere să fie astfel conceput încât să se poată adapta rapid la schimbările ce au loc în mediul de afaceri;
6. ***principiul managementului participativ*** – presupune implicarea personalului organizației atât la adoptarea obiectivelor cât și la înfăptuirea lor, prin transpunerea în practică a deciziilor.”²

În unitățile medico-sanitare „*direcțiile managementului sunt orientate din punct de vedere:*

- *organizatoric* – se caută noi perspective de modernizare a structurilor, a serviciilor, intervențiile urmând a fi elaborate pe baza unor date realiste, pe bază de dovezi obținute dintr-o diagnoză aprofundată, relevantă, pertinentă;
- *managerial* – unitățile medico-sanitare pot reanaliza activitățile conducerii, profilul de competențe și comportament al managerilor sau liderilor pentru a accepta sau propune modalități de perfecționare a abilităților de conducere/manageriale;
- *uman* – în unitățile medico-sanitare se re-lansează ideea importanței acordate personalului angajat, cel care pune în funcțiune procedurile, tehnologia, serviciile.”³

² Cornescu Viorel, Mihăilescu Ioan, Stanciu Sică, *Managementul general*, Editura Actami, București, 2001, pp. 9-10.

³ Ciurea Alexandru V., Ciubotaru Vasile G., Avram Eugen, *Management în unitățile medico-sanitare*, Editura Universitară, București, 2011, pp. 5-6.

Aceiași autori consideră că în actualul context: „în mediile sanitare managementul trebuie realizat prin obiective, fiind îmbogățit cu managementul pentru rezultate și pe lângă funcțiile clasice ale managementului mai sunt necesare: organizarea timpului, aportul personal la bunul mers al lucrurilor, transformarea forței de producție în direcția productivității/ randamentului, stabilirea priorităților, luarea deciziilor eficiente.”⁴

La nivelul serviciilor medicale: „principalele atribute sunt asemănătoare managementului general cu referire la previziune, organizare, coordonare, antrenare și control-evaluare, fiind necesară o analiză detaliată asupra relațiilor dintre acestea.”⁵ Mai mult, în unitățile medico-sanitare este nevoie de un sistem de management al resurselor umane care să stabilească exact, rolul, locul și sarcinile salariaților, să stimuleze competențele creative și să implementeze un proces de comunicare eficient care să răspundă prompt la nevoile participative ale salariaților dar și ale pacienților, deoarece acestea vor fundamenta premisele necesare motivării indivizilor pentru a atinge obiectivele organizaționale în cele mai bune condiții.

3.2. Managementul resurselor umane

Lumea se schimbă cu o viteză fără precedent și ca să țină pasul, fiecare organizație (și cu deosebire unitățile medico-sanitare) are nevoie de angajați competenți, bine informați, loiali, flexibili, talentați pentru a obține performanțe.

⁴ *Ibidem*, p. 157.

⁵ Cicea Claudiu, Alexandru Gheorghe, *Caracteristicile funcțiunilor managementului în cadrul serviciilor medicale, Economia, seria Management*, Anul XI, Nr. 1, 2008, (pp. 10-20), p. 17.

Politica în domeniul resurselor umane trebuie să fie eficientă, deschisă către inovație și schimbare, concretizată la fiecare nivel ierarhic și orientând activitatea fiecărui angajat, iar noile procese de management ale resurselor umane au ca scop să clarifice poziția, rolul și sarcinile aferente salariaților, pe lângă stimularea creativității și implementarea unei rețele de comunicare eficiente care să răspundă nevoilor angajaților dar, să creeze totodată premisele necesare motivării lor în atingerea obiectivelor organizaționale.⁶

Preocuparea privind resursele umane necesită instituirea unor reguli de bază, prin intermediul cărora conducerea să poată adopta deciziile. Acest set de reguli, comportamente și atitudini constituie strategia organizației în domeniul resurselor umane.⁷

Este important de subliniat că trebuie să fie o legătură strânsă între politica de personal și strategia/procedurile de lucru cu personalul, între rolul personalului și orientarea spre planificarea de lungă durată⁸ detaliată în Figura. 2.1. În acest sens, politica de personal „prefigurează activitățile concrete privind recrutarea, selecția, angajarea și integrarea profesională, se referă la toate segmentele de personal și sunt transparente pentru întreg efectivul.”⁹ Pe de altă parte, politicile de personal pot fi

⁶ Pipaș Maria Daniela, *“The interdependence between management, communication, comportamental behavior and performance”*, *The annals of the University of Oradea, Economic sciences*, tom XXII, 1st issue, july 2013, (pp. 1393-1401), p. 1394.

⁷ Cole Gerald A., *Managementul personalului*, Editura Codecs, București, 2000, p.13.

⁸ Armstrong Michael, *Armstrong’s Handbook of Strategic Human Resource Management*, 6th Edition Kogan Page, London, Published: 3rd March 2016, p.178.

⁹ Stanciu Ștefan, Ionescu Mihaela Alexandra, *Comportament organizațional*, Editura Comunicare.ro, București, 2007, p.124.

pasive, reactive, preventive sau active. În același timp putem vorbi și despre „politică șanselor egale, politică de integrare, politică paternalistă, politică participativă, politică motivării pozitive, politică încurajării performanței”¹⁰ sau „politici de angajare, politică de dezvoltare a angajaților, politică implicării și participării, politică recompenselor, politică „relațiilor cu angajații”, politică de protecție sau siguranță și sănătate, politică de utilizare.”¹¹

Obiectivele ce vizează politica de personal constituie criterii necesare evaluării activităților viitoare din domeniul resurselor umane și sintetizează într-o formă concretă caracteristicile cantitative ale scopurilor urmărite. Din acest considerent scopul și obiectivele managementului resurselor umane se referă la: „procurarea și dezvoltarea resurselor umane, dezvoltarea unor relații de parteneriat conducere-angajați, punerea în valoare a potențialului profesional al angajaților.”¹²

Deoarece managementul resurselor umane este format dintr-un ansamblu de activități orientate în vederea asigurării, dezvoltării, motivării și menținerii resurselor umane în cadrul organizației cu scopul de a atinge obiectivele acesteia și implicit pentru a satisface nevoile angajaților,¹³ se impun a fi aplicate câteva principii de bază:

- factorul uman trebuie apreciat, deoarece acesta reprezintă resursa primordială, vitală a organizației;

¹⁰ Manolescu Aurel, *Managementul resurselor umane*, Ed. Economică, București, 2001, p.98.

¹¹ Cole Gerald A., op. cit., p. 126.

¹² Frățilă Camelia, Duică Mircea Constantin, *Managementul resurselor umane. Concepte. Practică. Tendințe*, Editura Bibliotheca, Târgoviște, 2014, p.127.

¹³ Cornescu Viorel, Marinescu Paul, Curteanu Doru, Toma Sorin, *Management de la teorie la practică*, Editura Universității din București, 2003, p.219.

- misiunea și strategia organizației trebuie corelate, cu politicile și sistemele aferente resurselor umane;
- în vederea realizării eficiente a misiunii și obiectivelor stabilite se impune preocuparea susținută de direcționare și concentrare a capacităților și eforturilor individuale;
- elaborarea, implementarea și dezvoltarea culturii organizaționale adecvate domeniului de activitate și valorilor personale ale conducerii și ale angajaților.¹⁴

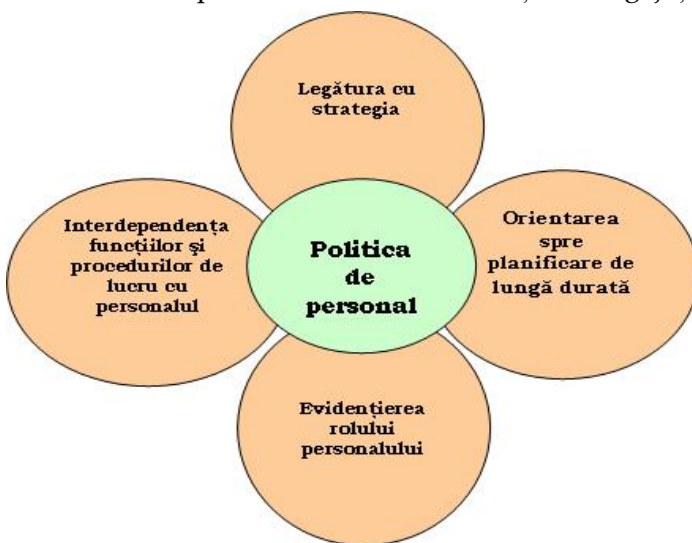


Figura 3.1. Interdependența politicii de personal cu procedurile, strategiile și obiectivele

(Sursa: Armstrong Michael, *Armstrong's Handbook of Strategic Human Resource Management*, 6th Edition Kogan Page, London, Published: 3rd March 2016, p. 178.)

¹⁴ Cornescu Viorel, Mihăilescu Ioan, Stanciu Sică, *Managementul organizației*, Editura ALL BECK, București, 2003, p. 222.

De aici și importanța funcțiilor managementului resurselor umane, care sunt influențate de o serie de factori externi, precum: cultura managerială, piața forței de muncă, cadrul legislativ, sindicatele, contextul cultural, conjunctura economică, fiind delimitate următoarele funcții aferente managementului resurselor umane:

- planificarea resurselor umane;
- compensarea resurselor umane;
- inițierea cursurilor de formare profesională continuă în vederea dobândirii de noi competențe pentru angajați precum și dezvoltarea carierei acestora;
- îmbunătățirea abilităților profesionale;
- asigurarea stabilității și menținerea angajaților în organizație;
- evaluarea resurselor umane;
- comunicarea și negocierea.

Pentru aplicarea funcțiilor managementului resurselor umane, la nivelul organizațiilor sunt înființate departamente de resurse umane, care desfășoară activități și sarcini specifice precum: *„recrutare și selecție; relațiile colective dintre conducere și angajați; dirijare și politică de acțiune, sănătate; securitate și protecție socială, administrarea salariilor, forță de muncă – planificare și control; instruire și dezvoltare.”*¹⁵

Pentru îndeplinirea acestor atribuții, managerii de vârf trebuie să definească cu directorul departamentului de resurse umane strategiile necesare desfășurării activității, precizând cu

¹⁵ Martin Molcom, Jackson Tricia, *Practica de personal*, Editura Codecs, București, 2011, p.237.

exactitate, care sunt relațiile de interacțiune cu celelalte departamente ale organizației¹⁶, Tabel 3.1.

Tabel 3.1. Activități și atribuții ale managementului resurselor umane

Activități	Atribuții
1. Elaborarea obiectivelor, strategiei și a politicii de resurse umane	<ul style="list-style-type: none">– definirea misiunilor organizației;– analiza contextului strategic;– elaborarea strategiei și a politicii de personal;– formularea obiectivelor strategice.
2. Planificarea necesarului de resurse umane	<ul style="list-style-type: none">– elaborarea strategiei de determinare a necesarului de resurse umane;– normarea consumului de muncă;– analiza și descrierea posturilor de muncă;– elaborarea planului necesarului de resurse umane;– evidența personalului.
3. Politica de recrutare, selecție și angajare	<ul style="list-style-type: none">– stabilirea criteriilor de recrutare și selecție;– elaborarea și aplicarea tehnicilor și instrumentelor de selecție;– angajare pe posturi;– elaborarea și negocierea contractelor de muncă;– asigurarea condițiilor de integrare a noilor angajați.
4. Instruirea și perfecționarea profesională	<ul style="list-style-type: none">– stabilirea nivelului de calificare necesar;– elaborarea programelor de pregătire și perfecționare;– organizarea și urmărirea cursurilor de formare și perfecționare;– evaluarea acțiunilor de pregătire și perfecționare.

¹⁶ Mathis Robert L., Nica Panaite C., Rusu Costache, *Managementul resurselor umane*, Editura Economică, București, 1997, pp.17-18.

Activități	Atribuții
5. Evaluarea profesională și promovarea personalului	<ul style="list-style-type: none"> – elaborarea criteriilor de promovare a personalului; – folosirea unor metode evaluate de promovare; – organizarea cursurilor de promovare; – stabilirea criteriilor de evaluare a performanțelor profesionale; – evaluarea performanțelor profesionale ale angajaților.
6. Remunerare-motivare	<ul style="list-style-type: none"> – aplicarea unor forme adecvate de salarizare; – conceperea de stimulente salariale și nesalariale; – analiza corelațiilor dintre creșterea productivității muncii, a volumului producției, a fondului de salarii și a salariului individual.
7. Asigurarea condițiilor optime de muncă și a securității muncii	<ul style="list-style-type: none"> – identificarea posibilităților de îmbunătățire a organizării muncii; – controlul respectării disciplinei în muncă; – protecția, securitatea și igiena muncii; – organizarea unor servicii social-cultural.

(Sursa: adaptat după Mathis Robert L., Nica Panaite C., Rusu Costache, *Managementul resurselor umane*, Editura Economică, București, 1997, pp.17-18.)

După unii autori: „problemele personale legate de resursele umane întâmpină o mulțime de provocări, variind de la constantele schimbării ale forței de muncă, la omni-prezentele reguli guvernamentale și revoluțiile tehnologice majore, probleme care sunt tot mai actuale și manifestă tendința de extindere.”¹⁷

În unitățile medico-sanitare: „resursa umană reprezintă una dintre cele mai importante și costisitoare resursă din acest domeniu de activitatea. Din această cauză, managementul resurselor umane este privit drept componenta principală pentru atingerea succesului în organizațiile din sănătate.”¹⁸

La nivelul acestor unități: resursele umane includ: personalul medical format din: medici de diferite specialități, asistenți medicali, infirmieri, farmaciști, moașe) și personalul non-medical alcătuit din asistenți sociali, psihologi, sociologi etc.¹⁹

Din datele prezentate de Institutul Național de Statistică²⁰, în anul 2015 sistemul sanitar a fost deservit de 291.887 cadre sanitare, dintre care:

- 35,0% (102268 persoane) au fost cadre sanitare cu pregătire superioară (medici, stomatologi, fizioterapeuți, farmaciști, asistenți medicali, biologi, chimiști etc.);

¹⁷ Mondy R. Wayne, Noe Robert M., Premeaux Shane R., *Human Resource Management*, 8th edition, Prentice Hall Publishing, New Jercey, 2002, p.278.

¹⁸ Badea Elena, Bărbuță Delia, Chiriac Nona et al, op. cit., p.155.

¹⁹ Zanoschi Georgeta, op. cit., p.176.

²⁰ Institutul Național de Statistică, Activitatea unităților sanitare în anul 2014, http://www.insse.ro/cms/files/publicatii/publicatii%20statistice%20operative/33_Activitatea%20unitatilor%20sanitare%20in%20anul%202014.pdf, accesat la data de 15.03.2016.

Abordări manageriale în serviciile sanitare

- 44,2% (128899 persoane) au fost cadre medicale cu pregătire sanitară medie;
- 20,8% (60720 persoane) a fost personal sanitar auxiliar.

Comparativ cu anul 2014 numărul personalului sanitar a crescut la aproape toate categoriile, excepție reprezentând fizioterapeuții și asistenții medicali cu studii superioare

Tabelul 3.2.

Tabel 3.2. Personalul din sistemul sanitar în anul 2015

Personal sanitar	Total	Din care femei/%	2015/2014
Medici	54929	37956 (69,1%)	+1,6%
Medici dentiști	14879	9894 (66,5%)	+4,2%
Farmaciști	17099	15320 (89,6%)	+4,9%
Fizioterapeuți	233	157 (67,4%)	-17,6%
Asistenți medicali cu studii superioare	11844	10991 (92,8%)	-20,4%
Personal sanitar mediu	128899	117684 (91,3%)	+1,6%
Personal sanitar auxiliar	60720	50397 (83,0%)	+1,8%

(Sursa: Institutul Național de Statistică, Activitatea unităților sanitare în anul 2014, disponibil la adresa:

http://www.insse.ro/cms/files/publicatii/publicatii%20statistice%20operative/33_Activitatea%20unitatilor%20sanitare%20in%20anul%202014.pdf, accesat la data de 15.03.2016.)

Cea mai mare creștere a numărului de personal a fost la medicii dentiști și farmaciști, fiind influențat și de numărul mai mare de cabinete medicale stomatologice și farmacii private deschise în anul 2015 comparativ cu anul 2014.

3.3. Managementul sistemului organizatoric și al resurselor financiare

Managementul sistemului organizatoric este format din totalitatea activităților sau funcțiilor manageriale, care au ca scop utilizarea resurselor umane, tehnologice, financiare și informaționale ale organizației, într-un mod eficient și eficace, necesare atingerii obiectivelor organizaționale.

Deoarece: *„dezvoltarea organizațiilor reprezintă un efort planificat, care depinde de dimensiunea organizației și conducerea acesteia, vizează ameliorarea stării de sănătate a pacienților și atingerea eficienței organizaționale prin intermediul unor intervenții strategice asupra proceselor organizației, recurgând la cunoștințe din sfera științelor comportamentale.”*²¹ Managementul organizațional: *„este procesul de dezvoltare și dirijare a organizațiilor în vederea asigurării funcționării eficiente a acesteia și se ocupă de structura organizației și de modurile în care pot fi obținute cele mai bune rezultate de la colectivul ei pentru a obține eficiență organizațională, factorii căreia sunt:*

- *conducere vizionară;*
- *echipă managerială puternică;*
- *forță de muncă bine motivată, angajată, performantă și flexibilă;*
- *o structură adecvată operațiunilor, culturii organizației și mediului în care funcționează;*

²¹ Burduș Eugen, Căprărescu Gheorghică, Androniceanu Armenia, Miles Michael, *Managementul schimbării organizaționale*, Editura Economică, București, 2000, p.57.

- echipă de lucru eficientă în toată organizația;
- scopuri și strategii bine definite;
- o preocupare continuă pentru inovare și pentru o utilizare cât mai eficientă a noilor tehnologii;
- o cultură pozitivă a organizației;
- funcționarea structurii ca o „organizație de învățământ”;
- capacitatea de a opera în mod flexibil și de a reacționa rapid la schimbări;
- o orientare puternică spre piață;
- o bază financiară solidă și sisteme bune pentru evaluarea și controlul costurilor în management.”²²

Sistemul de sănătate dintr-o țară este influențat de modalitatea de finanțarea acelui sistem de sănătate, modalitate care: „se alege împreună cu tipul de organizare a sistemului sanitar, determină cine are acces la îngrijirile de sănătate, cât costă aceste îngrijiri și calitatea serviciilor de sănătate care sunt oferite populației.”²³

Resursele financiare din sistemul de sănătate pot fi publice și private. Ele sunt stabilite pe baza unor politici naționale din motive de echitate, fiind delimitate aspecte privind accesul la consumul de îngrijiri medicale și cine plătește pentru aceste servicii.

²² Ețco Constantin, *Management în sistemul de sănătate*, Editura Epigraf, Chișinău, 2006, pp.488-489.

²³ Zanoschi Georgeta, *Sănătate publică și management sanitar*, Editura Dan, Iași, 2003, p.181.

Colectarea resurselor financiare pentru plata serviciilor de sănătate poate fi făcută prin mai multe căi: *„prin intermediul plăților directe a serviciilor efectuate de către pacienți, din contribuțiile obligatorii la asigurări sociale de sănătate, prin impozitele directe aplicate pe venit/ impozitul pe profit, impozitele indirecte (TVA-ul și accizele), din contribuțiile voluntare la asigurările private de sănătate sau prin constituirea unor depozite bancare are au ca destinație precisă sănătatea.”*²⁴

Principala sursă de finanțare a domeniului sanitar din România o reprezintă plățile efectuate prin CAS. În domeniul sanitar din România au fost prevăzute 36 de programe naționale pentru care plata se face prin intermediul bugetului de stat aferent sănătății. Plata serviciilor medicale se poate efectua prin:

- *„plăți directe efectuate de către pacienți;*
- *plăți efectuate de societățile de asigurări: plata bazată pe costul istoric al serviciului, plata pe caz (ex: DRG, CASE-MIX), plata pe zi de spitalizare, plata pe caz de spitalizare, plata prețului stabilit de furnizorul de servicii medicale, plata prețului redus-risturn, capitația;*
- *plata pe baza bugetului global;*
- *credite nerambursabile pentru investiții (din bugetul de stat);*
- *transferuri de la bugetul de stat cu destinație specială;*
- *veniturile extrabugetare;*

²⁴ Vlădescu Cristian, coordonator, *Managementul serviciilor de sănătate*, Editura Expert, București, 2000, p.65.

- *donațiile și sponsorizările;*
- *subvenția;*
- *fluxurile interne (surplus/profit reinvestit);*
- *leasing-ul;*
- *împrumuturile bancare pe termen lung;*
- *emiterea de obligațiuni;*
- *parteneriate operaționale.*"²⁵

Plata serviciilor în sectorul sanitar urmează un circuit al fluxului banilor între cei trei participanți: utilizatori, furnizori și terțul plătitor (care poate fi Guvernul, asigurările publice, asigurările private) pe baza cererii de plată și acoperirii sau asigurării.

Principiul de bază al finanțării în acest caz este următorul: persoanele plătesc în mod regulat o anumită sumă de bani către un terț (indiferent dacă ei consumă sau nu îngrijiri de sănătate), iar în momentul în care persoanele au nevoie de îngrijiri de sănătate, plata furnizorilor se face de către terțul respectiv, din sumele colectate în timp, plată care reprezintă schema de asigurare împotriva riscului de boală, conform Figurii 3.2.²⁶

²⁵ Mincă Dana Gabriela, Voinea Griffin Andreea, *Noțiuni de bază ale managementului organizațional în sănătate*, Editura Universitară „Carol Davila”, București, 2003, pp. 100-104.

²⁶ Zanoschi Georgeta, op. cit., p. 189.

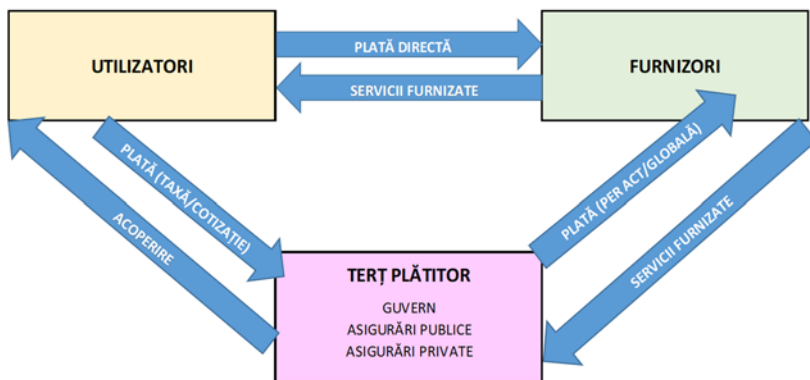


Figura 3.2. Circuitul fluxului banilor în sectorul sanitar

(Sursa: Zanoschi Georgeta, *Sănătate publică și management sanitar*, Editura Dan, Iași, 2003, p.189)

3.4. Managementul reglementărilor și al schimbărilor

În fiecare zi ne confruntăm cu nevoia de a îmbunătăți modalitatea de desfășurare a activităților în cadrul organizațiilor din care facem parte, datorită capacităților și resurselor incomplet utilizate, mai mult fără o colaborare strânsă între top management și angajați managementul reglementărilor și/sau al schimbărilor nu are efectul scontat. O altă premisă fundamentală în abordarea schimbărilor sistemelor organizațiilor, constă în faptul că desfășurarea inițiativelor de schimbare la un anumit nivel a sistemului afectează celelalte domenii de la celelalte niveluri, de unde rezultă necesitatea schimbării sistemelor în mod sistematic. În unele situații insuccesul eforturilor făcute pentru schimbare provine din

faptul că se ignoră impactul schimbărilor dintr-un domeniu asupra întregii organizații datorită strânselor legături de intercondiționare.

Organizațiile pot fi percepute ca unități funcționale complexe, reunind un număr de sisteme integrate care interacționează pentru realizarea obiectivelor: sistemul social, sistemul tehnic și sistemul administrativ. Dezvoltarea organizațională necesită adesea implementarea schimbărilor organizaționale, folosind diverse tehnici precum: crearea unor echipe operative eficiente, analiza rolurilor și a funcțiilor, controlul calității și al proceselor de comunicare etc.

Variatatea problemelor de dezvoltare organizațională include elaborarea de planuri, diagnosticarea culturii, îmbunătățirea comunicării, proiectarea structurii organizatorice etc., însă pentru alegerea strategiei de schimbare, după stabilirea sferei de cuprindere și a problemelor ce vor fi abordate, este necesar să se stabilească și principalele măsuri de perfecționare sau modalități de intervenție, care pot cuprinde printre altele: pregătirea profesională continuă a personalului, procese de consultanță, participarea la sesiuni științifice, simpozioane, seminarii, conferințe, congrese etc.

Procesele de schimbare și dezvoltare organizațională presupun numeroase analize și strategii pe care specialistul în schimbare organizațională, trebuie să le adopte în funcție de situație. În cadrul acestor strategii schimbarea se poate efectua după anumite modele care includ tipurile de strategii ce pot fi aplicate și se referă la unitatea de analiză și timpul necesar aplicării respectivelor strategii, conform Tabelului 3.3.

Tabel 3.3. Modele de strategii necesare schimbării organizaționale

Model	Unitate de analiză	Tip de strategie	Timp
Rațional	Organizația	<ul style="list-style-type: none"> – Feedback la anchetă, dezvoltarea echipei și cercurile calității; – Educația continuă, întâlnirile de confruntare, formarea sensibilității și consultarea de proces cu specificația rolului și analiza sarcinii; – Managementul sistemelor informaționale; – Mecanisme de integrare; – Organizațiile colaterale și rețelele sociometrice; – Reprezentarea grafică a responsabilității. 	Termen scurt
Dependența resurselor	Organizația din perspectiva mediului ambiant	<ul style="list-style-type: none"> – Soluțiile tampon, diferențierea pieței și diversificarea; – Integrarea verticală, integrarea orizontală și cooptarea; – Reglementarea; – Coalițiile. 	Intermediar
Ecologic	Mediul ambiant din perspectiva organizației	<ul style="list-style-type: none"> – Evaluarea mediului ambiant; – Experimentarea/diversitatea. 	Termen lung

(Sursa: Mincă Dana Gabriela, Voinea Griffin Andreea, *Noțiuni de bază ale managementului organizațional în sănătate*, Editura Universitară „Carol Davila”, București, 2003, p.107)

Managementul schimbării presupune îmbunătățirea continuă a activității tuturor salariaților cu scopul de a realiza misiunea și obiectivele organizațiilor. Obiectivul principal al managementului schimbării este acela de a alocă înțelegere, pricepere, experiență, interacțiune și comunicare, astfel încât să se atingă performanțele dorite prin utilizarea celor mai adecvate tehnici și metode. În acest sens, pentru a înțelege mecanismele schimbării survenite în interiorul unei organizații trebuie avut în vedere caracterul constitutiv al schimbării. De cele mai multe ori, schimbarea este percepută ca o criză, deși ea reprezintă un proces de adaptare sau de dezvoltare, a organizației la mediul extern. Din acest considerent, putem susține că managementul schimbării este un proces complex, care poate fi conceput ca o succesiune de etape²⁷ conform Figurii 3.3.

²⁷ Gavrilă Tatiana, Lefter Viorel, *Managementul general al firmei*, ediția a II-a, Editura Economică, București, 2004, p.23.



Figura 3.3. Succesiunea etapelor managementului schimbării

(Sursa: Gavrilă Tatiana, Lefter Viorel, *Managementul general al firmei*,
ediția a II-a,
Editura Economică, București, 2004, p. 23.)

Necesitatea de schimbare și dezvoltare organizațională se impune și în unitățile medico-sanitare pe baza unor reglementări în domeniu. Reglementările din sistemul medico-sanitar se bazează pe cadrul legal al aplicării sistemului DRG (Diagnosis Related Groups), care reprezintă o metodă de clasificare a pacienților în funcție de diagnosticul pe care îl au și costurile resurselor ce trebuie să fie consumate pentru îngrijirea lor. Pacienții se pot clasifica simultan atât după patologia pe care o prezintă cât și după costul aferent îngrijirilor, asigurându-se în acest fel, posibilitatea de asociere a tipurilor de pacienți cu cheltuielile efectuate pentru spitalizarea lor.

Sistemului DRG a fost implementat în România pe baza unor strategii care au fost definite pentru diferitele perioade de timp, inițial fiind aprobat Ordinul comun al Ministerului Sănătății și al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 102/34 din 31.01.2002 privind aprobarea Strategiei pentru implementarea finanțării bazate pe caz în spitalele din România și Ordinul comun MS și CNAS nr. 1551/546 din 24 noiembrie 2004 pentru aprobarea Strategiei privind dezvoltarea finanțării pe caz în spitalele din România în perioada 2005-2008.

Cadrul legal de aplicare a sistemului DRG este foarte amplu și se actualizează în mod permanent, datorită aplicării standardelor de perfecționării continuă, fiind aduse îmbunătățiri și prin Legea nr. 95/ 14.04.2006 privind reforma în domeniul sănătății, Ordinul MS nr.49/2004 privind introducerea certificatelor digitale calificate de semnătura electronică în spitalele/instituțiile sanitare din România, care au avut un impact major cu deosebire asupra sănătății publice și a asigurărilor sociale de sănătate.

În domeniul sistemului de sănătate reglementările de bază sunt reprezentate prin²⁸: „Planurile acțiunilor majore privind implementarea finanțării care este bazată pe caz; Contractele -cadru referitoare la condițiile acordării asistenței medicale; Normele metodologice de aplicare a contractelor-cadru, care sunt completate prin intermediul unor ordine ale ministrului sănătății publice și/sau ale președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

3.5. Managementul imaginii și al relațiilor cu beneficiarii

Imaginea reprezintă o însușire inseparabilă vieții psihosociale care se bazează pe posibilitatea psihicului indivizilor de a-și proiecta reprezentări mintale care au posibilitatea de a influența deciziile altor indivizi sau a unor comunități umane.

Psihologii definesc imaginea ca fiind un produs de reflecție senzorială a unui obiect prin intermediul unei percepții, senzații, sau intuiții, care redă într-o oarecare măsură structura obiectului sub o formă figurativă ce este rezultată atât din percepții cât și din acțiunile intelectuale.²⁹ Cu alte cuvinte, imaginea constituie reprezentarea mentală a unor obiecte care în funcție de sfera de preocupare a oamenilor de afaceri, poate fi un serviciu, un produs, și/sau întrepătrunderea celor două, sau

²⁸ Badea Elena, Bărbuță Delia, Chiriac Nona et al, *Managementul spitalului*, Editura Public H Press, București, 2006, pp. 112-113.

²⁹ Adăscăliței Virgil, *Tehnici promoționale fundamentate*, Editura Universității, Brașov, 2002, p.157.

uneori poate reprezenta proiectarea unor comportamente, prejudecăți, percepții, atitudini sau opinii ce aparțin unui individ sau chiar grup de indivizi.

Imaginea vieții medicale deseori este deteriorată datorită unor factori subiectivi și/sau obiectivi, care influențează percepția celor din jur și creează un sentiment de neîncredere și îngrijorare. Elementele care „deteriorează” imaginea sistemului de sănătate se referă la:

- corupția și incompetența;
- cazurile de malpraxis și comportamentele imorale ale cadrelor medicale;
- erori ale sistemului de management;
- erori în cazul supravegherii și controlului unor boli infecțioase;
- finanțări dubioase ale unor spitale și farmacii;
- sustrageri de fonduri bănești în cazul unor spitale;
- insuficiența resurselor și reglementărilor;
- condițiile necorespunzătoare de igienă și confort la nivelul spitalelor;
- erori în interpretarea analizelor și efectuarea tratamentelor necorespunzătoare etc.

De aici și necesitatea oferirii condițiilor procedurale și etice optime, în care specialiștii din domeniu să-și poată exercita profesia în vederea efectuării unor servicii de calitate și îmbunătățire a calității vieții. Calitatea serviciilor medicale este influențată de o serie de deficiențe organizatorice și administrative, fapt care duce la neîncrederea pacienților în

sistem și personalul aferent. Totodată, sporirea responsabilității pentru starea de sănătate a populației acordă atenție deosebită pentru informare cu scopul ca fiecare pacient să cunoască drepturile și îndatoririle pentru a reprezenta interesele tuturor.

În mod deosebit, personalul medical are responsabilitatea să gestioneze comunicarea cu pacientul, dar și pacientul la rândul său este responsabil pentru atitudinea și comportamentul abordat față de personalul medical. Bineînțeles, că prin răbdare, sprijin emoțional, explicații și comportament moral personalul medical va reuși să ofere încredere și receptivitate.

La fel de importantă este și carisma, care reprezintă: *„capacitatea de a inspira altor indivizi dorința de a se identifica (sau imita) cu deținătorul acestei calități. Aceasta este dependentă de o multitudine de factori subiectivi: prestigiul sau admirația atribuite de alții individului sau grupului carismatic (fiind influențate de variabile precum normele și valorile societății). Din acest motiv, este cel mai greu de definit și cuantificat, dar joacă un rol important în relațiile sociale.”*³⁰ Mai mult, și pacientul trebuie să comunice asertiv cu personalul medical, să informeze corect și complet asupra problemei de sănătate, să respecte programul și regulile.

Datorită diversității grupurilor sociale nu de fiecare dată a fost posibil de a oferi calitatea dorită a serviciilor medicale, fiind nevoie de multă înțelegere și atenție, reorganizarea serviciilor și programelor, astfel încât respectul reciproc și sentimentul de încredere să fie regăsite la nivelul tuturor:

³⁰ Vlădescu Cristian, coordonator, op. cit., pp. 119-120.

personal medical, personal nemedical și pacienți. Pentru acest lucru trebuie mai bine informate persoanele, îmbunătățite procesele administrative și manageriale, sporită performanța profesională a personalului medical (cunoștințe, competențe, experiență), îmbunătățite reglementările în domeniu.

3.6. Tipuri de manageri și personalitatea lor

În actualul context economic, aflat în continuă schimbare manageri sunt nevoiți să se preocupe de dezvoltarea și promovarea unor politici bazează pe un proces de comunicare care să permită în mod permanent ajustarea structurilor și a proceselor organizaționale. Prin intermediul rolului său de formator de opinii, negociator, comunicator, de promotor al politicilor organizaționale managerul trebuie să-și alcătuiască și să întrețină o întreagă rețea de contacte cu mediul, în vederea realizării strategiilor externe și totodată, să creeze un tablou de bord, necesar elaborării și implementării strategiei interne a organizației.

Nicolescu și Verboncu fac referire la funcția de comunicare managerială astfel: *„comunicarea reprezintă totul în management, de calitatea comunicării depinde modul în care angajații înțeleg problemele cu care se confruntă, durabilitatea relațiilor dintre manageri și subordonați, posibilitatea managerului de a înțelege și aplica în mod eficient factorii motivatori pentru a reuși să conducă și să stimuleze subordonații, dar și modul în care reușește să gestioneze legăturile organizației cu mediul extern din*

Capitolul 3. Retrospectivă asupra managementului practicat în serviciile sanitare care își extrage informațiile necesare pentru buna funcționare a organizației.”³¹

Comunicarea managerială, se supune normelor de etică specifice fiecărei organizații care își au izvorul în cultura organizațională fiind guvernată de politici și strategii elaborate pentru anumite perioade de timp, dar și eticii individuale aferente angajaților care dețin funcții de conducere.³² În acest fel, angajații care dețin funcții de conducere, în calitatea lor de manageri, pot controla măsura în care au fost executate deciziile lor numai dacă au posibilitatea de a comunica cu cei care trebuiau să le rezolve.³³

G. A. Cole³⁴ în cartea sa *Managementul personalului* (2000), definește managementul resurselor umane astfel: „conducerea oamenilor este un proces dinamic de grup, prin care o persoană reușește să-i determine, prin influență, pe ceilalți membri ai grupului să se angajeze de bunăvoie în realizarea sarcinilor sau scopurilor grupului, de-a lungul unei anumite perioade de timp și într-un context organizațional particular.” Același autor,³⁵ consideră variabilele-cheie ale conducerii oamenilor sunt atributele (cunoștințe, competențe, atitudini) liderului, natura sarcinii sau a obiectivului, tipul grupului sau al echipei, climatul sau cultura organizației conform Figurii 3.4.

³¹ Nicolescu Ovidiu, Verboncu Ion, *Management*, ediția a III-a, revizuită și adăugită, Editura Economică, București, 1999, p. 32.

³² Anghel Petre, *Stiluri și metode de comunicare*, Editura Aramis, București, 2003, p. 57.

³³ Dinu Mihai, *Comunicarea*, Editura Științifică, București, 1997, p. 68.

³⁴ Cole Gerald A, *Managementul personalului*, Editura Codecs, București, 2000, p. 66.

³⁵ Idem, p. 67.

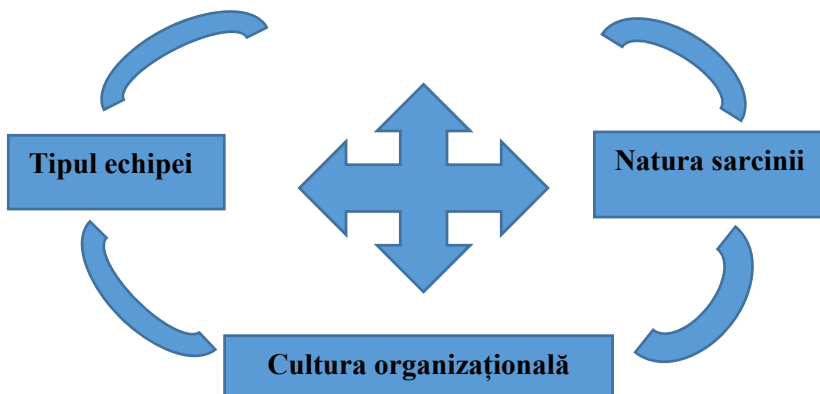


Figura 3.4. Variabilele-cheie ale conducerii oamenilor

(Sursa: Cole Gerald A, *Managementul personalului*, Editura Codecs, București, 2000, p. 67.)

Marcu și Mincă³⁶ susțin că: „în activitatea managerială autoritatea (face posibilă luarea și executarea deciziilor) este atributul pe care îl are un conducător de a pretinde ascultare, principalele surse ale autorității fiind: poziția ierarhică, autoritatea de competență, charisma, responsabilitatea de nivel strategic, responsabilitatea managerială, nivelul operațional.” De aici și importanța rolurilor manageriale³⁷ care trebuie să le dețină managerii, cu referire la rolurile interpersonale, rolurile informaționale și cele decizionale, fiind cu rolul de lider, negociator, diseminator, purtător de cuvânt, mediator, antreprenor etc., care se regăsesc în Tabelul 3.4.

³⁶ Marcu Mihail Grigore, Mincă Dana Galieta, *Sănătate publică și management sanitar*, Editura Universitară „Carol Davila”, București, 2003, pp. 178-179.

³⁷ Idem, p.182.

Tabel 3.4. Rolurile manageriale

Roluri interpersonale	Reprezentare
	Lider
	Legătură
Roluri informaționale	Monitor
	Diseminator
	Purtător de cuvânt
Roluri decizionale	Antreprenor
	Mediator
	Distribuitor resurse
	Negociator

(Sursa: adaptat după Marcu Mihail Grigore, Mincă Dana Galieta, Sănătate publică și management sanitar, Editura Universitară „Carol Davila”, București, 2003, p.182.)

Funcțiile manageriale au alocate o serie de activități prin intermediul cărora se exercită: astfel orice funcție managerială trebuie să desfășoare o activitate creativă și aplicativă, activități de previzionare/planificare, organizare și coordonare, motivare și creștere a eficienței, comunicare cu proprii angajați în mediul organizațional intern și cu stakeholderii din mediul organizațional extern. În acest sens, persoanelor care ocupă funcții de conducere, li se asociază verbul „a schimba”.

Caracteristica de bază a managerilor o reprezintă faptul că ei sunt capabili să identifice ierarhia aferentă priorităților organizaționale, acționând în mod eficient în mai multe domenii conexe care pot prezenta un grad înalt de incertitudine, în acest fel managerii fiind nevoiți să-și asume

riscuri și să găsească calea cea mai eficientă de rezolvare a problemelor cu care se confruntă atât ei cât și subalternii lor.³⁸ Totodată, aptitudinile manageriale pot fi de trei tipuri³⁹: conceptuale, umane și tehnice, începând cu managerii de la intrarea în sistem, continuând cu managerii de mijloc și apoi cei de nivel superior conform Figurii 3.5.

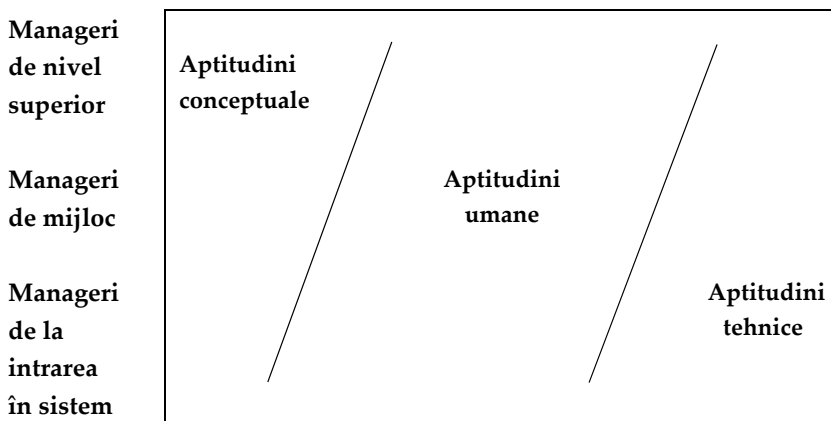


Figura 3.5. Aptitudini manageriale

(Sursa: Badea Elena, Bărbuță Delia, Chiriac Nona et al, *Managementul spitalului*, Editura Public H Press, București, 2006, p. 16, apud Katz Robert, *Skills of an Effective Administrator*, *Harvard Business Review*, September/ October, 52(5), 1974.)

³⁸ Stanciu Ștefan, Ionescu Mihaela, Leovaridis Cristina, Stănescu Dan, *Managementul resurselor umane*, Editura Comunicare.ro, București, 2003, p.59.

³⁹ Badea Elena, Bărbuță Delia, Chiriac Nona et al, *Managementul spitalului*, Editura Public H Press, București, 2006, p. 16, apud Katz Robert, *Skills of an Effective Administrator*, *Harvard Business Review*, September/October, 52(5), 1974.

Astfel, managerul prevede, organizează, coordonează, motivează, controlează și evaluează numai dacă dispune de informații, în volumul și de calitatea dorite. Pentru aceasta el trebuie să comunice permanent cu subordonații, cu colaboratorii și managerii aflați în „amonte” de postul său, iar eficacitatea comunicațiilor depinde de sistemul de comunicații conceput, realizat și utilizat în cadrul organizației.

Numeroși autori au analizat activitățile și rolurile managerilor sin organizații și au încercat să delimiteze diferite profiluri de manageri. Astfel, J. Storey⁴⁰ în anul 1992 a analizat rolurile managementului de resurse umane pe care le-a clasificat în două dimensiuni: dimensiunea strategico-tactică (care se referă la politica strategică pe termen scurt sau lung) și dimensiunea intervenționism-nonintervenționism (care face distincția între stilurile de abordare proactive și stilurile pasive). Ulterior rezultatului obținut au fost delimitate patru tipuri de manageri conform Tabelului 3.5.

⁴⁰ Storey John, *Human Resource Management: A critical Text*, 3 edition, Publisher: Cengage Learning, Andover, Hampshire, 2007, p.12.

Tabel 3.5. Matricea stilurilor dominante de tipuri de manageri

TIP	STIL DOMINANT
Reformator	<i>Strategic-intervenționist</i> : este reprezentat de managerul de resurse umane care joacă un rol proactiv, contribuind la integrarea strategiilor de personal în contextul în care în organizație apar necesități comerciale dominante.
Consilier	<i>Strategic-neintervenționist</i> : este managerul care își atribuie un rolul predominant de consultant interni, chiar dacă activitatea lui se desfășoară cu preponderență la nivel strategic.
Reglementator	<i>Intervenționist și tactic</i> : este reprezentat de managerul care este preocupat să asigure implementarea și respectarea regulamentelor și procedurilor, chiar și pe cele care se referă la menținerea bunelor relații dintre ei, angajați și sindicat.
Intendent	<i>Neintervenționist și tactic</i> : se considera în primul rând ca fiind în serviciul colegilor lor.

(Sursa: Storey John, *Human Resource Management: A critical Text*, 3rd edition, Publisher: Cengage Learning, Andover, Hampshire, 2007, p. 12.)

În funcție de înclinarea managerului spre satisfacerea cerințelor muncii sau spre satisfacerea intereselor angajaților pot exista cinci „portrete robot” de manageri:

1. **Managerul populist**, care a ajuns manager în urma presiunilor organizației de sindicat sau prin faptul că deține o anumită popularitate în rândul angajaților, deoarece el nu deține o autoritate clară și reală în raport cu aceștia. Acest manager, are tendința de evitare a conflictele sociale în detrimentul implementării

măsurilor de schimbare, pentru că duce o politică financiară bazată exclusiv pe creșterea salariilor pentru obținerea satisfacției dorințelor subordonaților proprii. În această situație, climatul de comunicare este caracterizat prin: comunicarea exclusivă pe orizontală adică de jos în sus, discuțiile având loc în afara regulilor formale fără a atinge subiecte elegante de muncă. Comunicarea informală domină, din această cauză managerii nu dau dispoziții, sau nu discută despre astfel de subiecte și evident ele nu se execută.

2. **Managerul autoritar**, acordă importanță deosebită problemelor privind restructurarea în detrimentul celor sociale deoarece este o persoană care deține competențe profesionale, foarte muncitor, corect și serios. Din această cauză, nemulțumirea subordonaților este mare iar managerul va fi schimbat repede, chiar și în cazul în care firma are succes sub conducerea sa. Climatul comunicațional este agresiv/ defensiv: comunicarea se desfășoară sus în jos, acest manager nu este un bun ascultător, el dă dispoziții iar feedback-ul este extrem de redus, doar cu referiri strict activitățile neluând în calcul sentimentele, atitudinile și comportamentele angajaților (deoarece acestea nu sunt importante). Informația organizațională care circulă printre angajați este distorsionată sau blocată.

3. *Managerul conciliator*, are în vedere doar strategiile de supraviețuire „*de pe o zi pe alta*”, încercând să echilibreze nevoia de restructurare cu nevoile angajaților. Acest manager este conciliant, bun comunicator și negociator, rezolvă în mod favorabil conflicte și să mulțumește pe toată lumea;
4. *Managerul incompetent*, ajunge în această funcție conjunctural și din această cauză rezistă destul de puțin, neacordând atenție nici problemelor de tip social și nici celor de restructurare, astfel crește frecvența conflictelor, nemulțumirea fiind generală iar comunicarea de tip defensiv sau agresiv;
5. *Managerul participativ-reformator*, încearcă să pună în concordanță interesele subordonaților cu cele ale organizației, știe să obțină colaborarea angajaților și să-i atragă în activitățile care sunt impuse de restructurare. Are drept caracteristică o capacitate mare de implicare a personalului, având competență de bun comunicator. Acest tip de manager este preocupat, în special, de problemele restructurării, implementării și/sau schimbării fără să piardă din vedere apariția unor probleme sociale ce pot fi generate de schimbarea organizațională, deoarece el caută activ să le soluționeze.

Personalitatea managerilor: „constituie un ansamblu de calități profesionale, organizatorice, morale, precum și trăsături de personalitate, care se manifestă mai mult sau mai puțin evident în activitatea zilnică și în împrejurări relevante, și care se bucură de un grad de stabilitate în timp.”¹

Personalitatea este setul relativ stabil de caracteristici psihologice care influențează modul în care interacționăm cu mediul nostru. Caracteristicile personalității care au o importanță deosebită pentru comportamentul organizațional includ localizarea controlului, automatizarea și stima față de sine. În general managerii ar trebui să pună de acord stilurile lor manageriale și repartizarea sarcinilor de muncă cu personalitățile oamenilor din subordine.

Datorită unor probleme legate de măsurare, personalitatea are un trecut mai degrabă lipsit de perspective în contextul dezvoltării organizaționale. Totuși, progresele făcute de tehnicile de măsurare ca și noile direcții în organizații au provocat un interes renăscut. De exemplu, accentul crescut care se pune pe posturile în servicii având contact direct cu consumatorii, preocuparea pentru etică și integritate ca și interesul pentru munca în echipă și cooperare au indicat toate contribuția potențială a personalității.

Din experiența practicienilor se spune că nu poate exista un individ care să dețină o personalitate foarte bună, din această cauză, managerii trebuie să învețe și să se obișnuiască cu avantajele aduse de diversitatea angajaților. În această situație, conceptul cheie este reprezentat de adecvare, ceea ce

¹ Mihuț Ioan et al, *Management general*, Editura Carpatica, Cluj-Napoca, 2003, p.89.

înseamnă că managerii trebuie să pună „persoana potrivită la locul potrivit” amintindu-și că există numeroase dimensiuni ale personalității:

- *Extraversiunea* – reprezintă nivelul de sociabilitate a unei persoane în opoziție cu o persoană timidă. Extravertiții care se situează jos pe această dimensiune le evită;
- *Stabilitatea emoțională* – este reprezentată de gradul în care un individ are un nivel adecvat de control emoțional. Oamenii cu o stabilitate emoțională înaltă sunt încrezători în forțele proprii și au o înaltă considerație față de ei înșiși. Cei cu stabilitate emoțională redusă tind spre îndoială de sine și deprimare;
- *Gradul de agreare* – nivelul în care ființa umană poate fi prietenoasă și abordabilă. Oamenii mai agreabili sunt calzi și grijulii. Oamenii mai puțin agreabili tind să fie reci și distanți;
- *Conștiinciozitatea* – măsura în care o persoană este orientată spre realizarea scopurilor și își asumă responsabilitățile care derivă din aceasta. Oamenii mai conștiincioși sunt mai de nădejde și motivați pozitiv. Oamenii mai puțini conștiincioși nu sunt de încredere;
- *Deschiderea la nou* – gradul în care o persoană prezintă flexibilitate în gândire fiind receptivă la noutăți. Oamenii mai deschiși tind spre creativitate și inovare.

Fiecare din cele cinci dimensiuni are legătură cu performanța în muncă. Trăsăturile precum sociabilitatea, deschiderea, responsabilitatea conduc la o funcționare pe post mai bună. Pentru toate ocupațiile, conștiințiozitatea ușurează performanța fiind un antidot important, în cazul comportamentelor contraproductive, cum ar fi furtul, absenteismul și problemele disciplinare. Pentru a-și îndeplini cu succes sarcinile, un manager se bazează pe patru tipuri de aptitudini:

- a. *Conceptuale*, capacitatea de a înțelege relațiile dintre diferitele sarcini ale unei organizații;
- b. *Interpersonale*, comunicarea cu clienții și salariații;
- c. *Tehnice*, pentru a înțelege tipurile de sarcini pe care el le administrează;
- d. *Decizionale*, folosirea informațiilor existente corect.

Pentru a obține rezultate și performanțe² „managerii trebuie să fie lideri, care inspiră și motivează angajații pentru a coopera din proprie voință și a participa voluntar la realizarea scopurilor echipei, departamentului și companiei,” fiind necesară reamintirea permanentă cu referire la „diferența dintre valorile fundamentale și secundare, dintre ceea ce trebuie să nu se schimbe niciodată și ceea ce este deschis schimbărilor, dintre ce este sacru și

² Pell Arthur R., *The complete Idiot's guide*, 3-rd edition, Alpha Book Publisher, New York, 2003, p.239.

ce nu."³ Datorită faptului că managerii actuali, au de a face cu un personal din ce în ce mai rafinat și mai bine educat, este nevoie de implicarea lor, să fie autentici, integri și inovatori, astfel încât să se ajungă la acel program numit conducere „totală” care se referă la persoană ca întreg și „conducere” și la crearea de modificări durabile.⁴

³ Collins Jim, Porras Jerry I., *Afaceri clădite să dureze*, Editura Curtea veche, București, 2006, p.189.

⁴ Friedman Leonard, Anthony R. Kovner, *101 Careers in Healthcare Management*, 1st Edition, New York, Springer Publishing Company, 2012, p. 119.

Capitolul 4

Strategii de personal în serviciile sanitare

4.1. Dezvoltarea competențelor manageriale și ale carierei în sănătate

Dezvoltarea competențelor manageriale implică o serie de calități necesare pentru a fi exploatate și dozate în diferite circumstanțe, cele mai relevante fiind: entuziasmul, imaginația, fermitatea, capacitatea de a mobiliza gândirea pozitivă, integrarea, dorința de a munci, capacitatea de a fi analitic și de a-i înțelege pe ceilalți, abilitatea de a sesiza oportunitățile, de a trece peste situațiile neplăcute și de a se adapta la orice schimbare, asumându-și riscurile aferente.

Referitor la formarea și dezvoltarea competențelor în domeniul managerial, Niculescu⁵ susține că acesta „constituie un proces desfășurat pe întreaga durată a carierei și implică o formare specializată, realizată atât în cadrul organizației cât și în ansamblul mediului profesional și social”. Pe de altă parte, dezvoltarea competențelor manageriale necesită: organizare, planificare, coordonare, monitorizare, iar dezvoltarea abilităților manageriale

⁵ Niculescu Maria, *Competențe manageriale – modalități de abordare*, disponibil la adresa: [www.codecs.ro /images/ Management Performant.pdf](http://www.codecs.ro/images/Management%20Performant.pdf), publicat în 30 mai 2007, accesat la 23 februarie 2016.

implică comunicare, motivare și delegare. Pentru acest lucru este nevoie ca managerul:

- să cunoască bine cadrul organizațional și să aplice un comportament organizațional adecvat prin responsabilitate și implicare;
- să planifice și să efectueze controlul managerial prin delegarea sarcinilor;
- să aplice un management al timpului pe baza unei planificări și organizări adecvate a timpului și să comunice adecvat pe baza unui proces de comunicare, care necesită înlăturarea barierelor comunicaționale, ascultarea activă și feedback constructiv;
- să unească echipa pentru a reuși performanță, eficacitate și eficiență, pe baza unui comportament individual și colectiv care să răspundă intereselor individuale și de grup în timp ce motivația echipei se face prin intermediul factorilor motivaționali, prin delegare și coaching.

Din acest considerent, managerul trebuie să ia în considerare, inclusiv partea emoțională a individului, acordând atenție fiecărui receptor în momentul transmiterii mesajului, deoarece „*pentru management informația este o condiție primordială*”. Ceea ce se poate afirma și despre comunicarea internă a oricărei organizații, având în vedere că în cadrul organizației, informațiile trebuie să ajungă la persoană sau grup, atunci când este cazul și este necesar. În caz contrar, informația își pierde valoarea.⁶

⁶ VanCuilenburg J.J., Scholten O., Noomen G.W., *Știința comunicării*, Editura Humanitas, București 2000, p.98.

Caracterul de unicitate al competențelor manageriale se diferențiază în funcție de anumiți factori:

- *„încrederea în oameni* – elementul care favorizează formarea competențelor și determină procesul de delegare, care au consecințe directe asupra productivității muncii managerului;
- *sistemul propriu de valori* – care va determina măsura în care managerul își asumă deciziile și riscurile, acționează în direcția dezvoltării psiho-profesionale a angajaților și a obținerii performanței financiare;
- *înclinația individuală spre un anumit stil de conducere* – unii manageri au un stil caracterizat printr-un comportament predominant de dirijare, de definire a rolurilor și de a spune angajaților ce să facă, în timp ce alții, manifestă un comportament predominant suportiv și iau deciziile împreună cu angajații;
- *atitudinea față de influența mediului asupra activităților desfășurate și disponibilitatea pentru asumarea riscului* – sunt manageri care au nevoie de mai multă predictibilitate, siguranță și stabilitate a mediului, și de aceea ezită să delege, așa cum sunt și manageri cu o „toleranță pentru ambiguitate” mult mai mare.”⁷

⁷ Pipaș Maria Daniela, Jaradat Mohammad, Pipaș Alexandra Luana, „Managementul organizațional și interferențele acestuia în comunicare”, revista Acta universitatis „Bogdan Vodă”, series Oeconomica, 2012, nr.15, (pp.49-55) p.51.

În vederea dezvoltării unor competențe adecvate managerii unităților medico-sanitare trebuie să perceapă organizația și activitățile ca un tot întreg (diferitele procese, intrări și ieșiri, interacțiunea dintre componentele organizației, relațiile dintre organizație și ambient). Aptitudinile managerilor le vor permite să înțeleagă consecințele unei acțiuni, activitatea în sine, lucrul în echipă, implicarea și dăruirea, efectele decizionale și atitudinea. În acest sens: *„responsabilitățile managerului de spital acoperă următoarele zone de activitate: planificare și organizare, îndeplinirea obiectivelor spitalului, calitatea serviciilor medicale, utilizarea de echipe medicale multidisciplinare (medici, biologi, geneticieni, psihologi, sociologi) sau de grupuri medicale mixte formate după diferite criterii: nivel profesional, specialități medicale, nivel administrativ etc.), alocarea resurselor, soluționarea crizelor, adaptarea la reglementări, promovarea imaginii spitalului.”*⁸

Dezvoltarea succesului în carieră, necesită strategii și politici, tactici și metode, instrumente și acțiuni complexe, orientate spre asigurarea calității și a eficienței. Formarea și dezvoltarea carierei sunt abordate sub aspect procesual și structural apoi sunt evidențiate rolurile managerilor și salariaților în impulsionarea dezvoltării carierei. În final, sunt luate în considerare trăsăturile specifice ale procesului de dezvoltare a carierei și sunt generalizate succesele obținute în domeniu.

⁸ Mincă Dana Galieta, Voinea Griffin A., coordonatori, *Noțiuni de bază ale managementului organizațional în sănătate*, Editura Universitară „Carol Davila”, București, 2003, pp. 52-53.

Prin noțiunea de carieră se înțelege „succesiunea de funcții, ocupate în mod succesiv în funcție de trendul crescător al prestigiului individual, prin care trece salariatul în dezvoltarea carierei urmând o regulă mai mult sau mai puțin previzibilă.”⁹ Pe de altă parte, Gary Johns prezintă cariera ca o „succesiune de activități și poziții profesionale pe care le ocupă un angajat de-a lungul activității ca și atitudine, cunoștințe și competențe asociate care se dezvoltă de-a lungul timpului.”¹⁰

Într-o accepțiune asemănătoare, alți specialiști din domeniu definesc dezvoltarea carierei ca pe o succesiune de roluri pe care un individ le ocupă în muncă de-a lungul vieții, sau ca o succesiune de experiențe independente și totuși corelate datorită aptitudinilor și competențelor pe care persoana respectivă le deține.¹¹

Majoritatea autorilor, din literatura de specialitate, subliniază într-un mod foarte descriptiv „elementele esențiale ale carierei, trasându-le în felul următor:

- **Cariera înseamnă mișcare în timp, pe parcursul unui drum ce are două laturi:** o latură este reprezentată de succesiunea subiectivă/obiectivă a pozițiilor ierarhice, cealaltă latură este interpretarea individuală, subiectivă a unor experiențe profesionale sau cariera internă;

⁹ Mathis Robert L., Nica Panaite C., Rusu Costache, op. cit., p. 135.

¹⁰ Johns Gary, *Comportament organizațional*, Editura Economică, București, 1998, p. 49.

¹¹ Torrington Derek, Hall Laura, *Personnel Management: HRM*, Editura Action Prentice-Hall International, London, 1995, p. 437.

- **Cariera reprezintă interacțiunea dintre factorii organizaționali și cei individuali:** modul în care va reacționa o persoană la un post depinde de concordanța dintre conceptul organizațional despre sine și tipurile de constrângeri, oportunitățile și solicitările pe care le oferă rolurile lor în organizații;
- **Cariera oferă o identitate ocupațională:** deoarece, întreaga viață pare să se rotească în jurul muncii, ce constituie un element cheie.”¹²

După Sharon Hall¹³, peisajul carierei este unul schimbător: „managerii își desfășoară activitatea în organizații care, în ultimii ani s-au modificat dramatic ca urmare a severei competiții globale și a schimbărilor tehnologice mari, cu precădere în domeniul informațiilor... oportunitățile de promovare s-au restrâns, siguranța postului aparține doar persoanei care deține abilitățile, cunoștințele și o reputație profesională ce sunt cerute la un moment dat iar avantajul competitiv al organizației rezidă în oamenii săi.”

Referitor la obținerea succesului în carieră, Vitalia Ileana susține că: „reușita în carieră este un proces extrem de complex a cărui evoluție implică un ansamblu de factori conectați cu o parte din resorturile cele mai profunde ale personalității umane. Dimensiunea psihologică a acestui proces se referă la cunoașterea, activarea și dezvoltarea continuă a capacităților, potențialului și scopurilor personale, în acord cu caracteristicile și cerințele dinamicii

¹² Deaconu Alecsandrina, Podgoreanu Simona, Rasca Lavinia, *Factorul uman și performanțele organizației*, Editura ASE, București, 2004, pp. 332-333.

¹³ Hall S., *Carriere profesionale*, apud Johns Gary, op. cit., pp. 559-580.

*mediului exterior.”*¹⁴ Dacă aprofundăm acest subiect, putem spune că managementul carierei este format din planificarea și dezvoltarea carierei, care implică o varietate de interdependențe funcționale aferente planificării carierei personale, a carierei organizaționale alungându-se în cele din urmă la dezvoltarea carierei personale.¹⁵ Ținând cont de acest context, a fost elaborat un model al managementului carierei¹⁶ în care se regăsesc planificarea carierei organizaționale și a celei individuale având în vedere nevoile organizaționale precum și planurile de dezvoltare individuale ale carierei angajaților, conform Figurii 4.1.

¹⁴ Vitalia Ileana L., *Abordarea și dezvoltarea carierei. Elemente teoretice și practice*, Editura Universitaria, Craiova, 2003, p. 11.

¹⁵ Armstrong Michael, op. cit., p. 471.

¹⁶ Klatt Lawrence A., Murdick Robert G., Schuster Fred E., *Human Resource Management*, Publishing A. Bell Howell Company, London, 1985, p. 325.

Abordări manageriale în serviciile sanitare

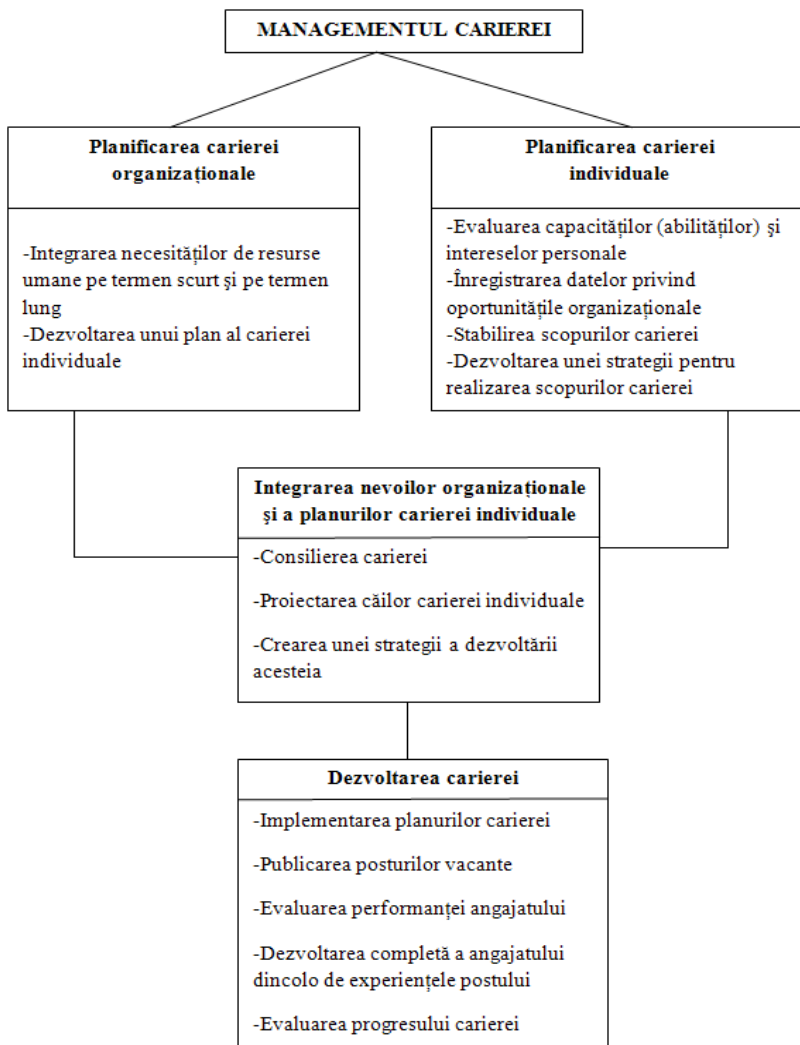


Figura 4.1. Modelul managementului carierei

(Sursa: Klatt Lawrence A., Murdick Robert G., Schuster Fred E.,
Human Resource Management, Publishing A. Bell Howell Company,
London, 1985, p. 325.)

Atât în teoria managementului carierei¹⁷ cât și în practica de profil¹⁸, obiectivele majore ale managementului carierei sunt:

- elaborarea și promovarea politicilor de dezvoltare ale carierei, în mod adecvat și ținând cont de natura activităților desfășurate, precum și de necesitățile și posibilitățile organizației și ale angajaților;
- armonizarea necesităților și expectanțelor individuale cu obiectivele și dorințele organizaționale;
- identificarea, menținerea și promovarea angajaților beneficiu organizației sau a acelor angajați care prezintă perspective profesionale reale și certe;
- conceperea planurilor de dezvoltare a carierei cu operaționalizarea schemelor logice de promovare în favoarea angajaților.

Conform Mihaelei Chiru¹⁹, stadiile carierei profesionale pot fi delimitate de-a lungul a patru etape²⁰: exploatare,

¹⁷ Heneman Herbert G., Timothy A. Judge, John D. Kammeyer-Mueller, *Human Resource Management*, 7th edition, Publisher: McGraw-Hill Education, Boston, 2011, p. 371.

¹⁸ Petrescu Ion, Segnete Gheorghe, *Fundamentele practicii manageriale*, Editura Maiko, București, 1994, p. 465.

¹⁹ Chiru Mihaela, *Consilierea carierei adulților*, Editura Institutului de Științe ale Educației, București, 2003, p. 44.

²⁰ Milkovich George, Boudreau John, Carolyn Milkovich, *Human Resource Management: a Diagnostic Approach*, Hardcover, 8th Edition, Published Irwin, 2008, p. 375.

stabilire, menținere, declin în concordanță cu activitățile principale, relațiile rolurile și vârsta, descrise în Figura 4.2. Autoarea susține că: „stadiile vieții adulte au la bază factori psihologici și biologici precum și o serie de expectanțe sociale ce există în societate într-o anumită perioadă de timp, evoluția pe plan profesional fiind desfășurată în paralel cu celelalte activități și evenimente din viața unui individ, corelându-se și influențându-se reciproc, cu etapele și procesele carierei.”

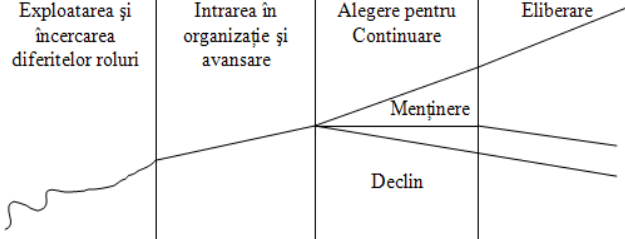
	Exploatarea și încercarea diferitelor roluri	Intrarea în organizație și avansare	Alegere pentru Continuare	Eliberare
				
Stadii Probleme	EXPLOATARE	STABILIRE	MENTINERE	DECLIN
ACTIVITĂȚI PRINCIPALE	Sprijin (indrumare) Pregătire Ascultare	Recunoaștere ca persoană- Contribuție independentă	Pregătire și dezvoltare Alocarea resurselor Modelarea direcțiilor organizației	Retragere
RELAȚII	De început	Colegiale	Mentor/Sponsor	Sfătuitor
ROLURI	Dependență	Independență	Asumarea responsabilităților pentru alții	Diminuarea importanței putere/rol
VÂRSTA	16-25	20-35	35-55	50-75

Figura 4.2. Stadiile carierei profesionale

(Sursa: Milkovich George, Boudreau John, Carolyn Milkovich,
Human Resource Management: a Diagnostic Approach, Hardcover,
8th Edition, Published Irwin, 2008, p. 375.)

4.2. Strategii de personal în sistemul de sănătate

Strategiile de personal în sistemul de sănătate sunt direct influențate de forța de muncă care își desfășoară activitatea în acest sector, fiind diversă și cuprinde profesii specifice, reprezentate deseori de asociații profesionale sau sindicate. Specificul profesiei din domeniul medico-sanitar se îndreaptă în primul rând către pacient și către profesia sa, determinând loialitatea profesioniștilor din sistemului sanitar: medici, asistente medicale etc. lor și abia după aceea și către angajator.

Pentru a face față noilor provocări în concordanță cu cerințelor aferente sistemului de sănătate s-au propus și implementa unele strategii de perfecționare a managementului resurselor umane, care se referă la: dezvoltarea infrastructurilor manageriale, furnizarea informațiilor și accesarea unor noi cercetări în domeniul resurselor umane, definirea clară a elementelor controversate care țin de managementul resurselor umane precum și participarea managerilor din sănătate la cursuri de formare profesională în domeniu.

Strategia de personal se adoptă cu ajutorul a cinci politici de importanță majoră: politica prin intermediul căreia se asigură organizațiile din sistemul sanitar cu personal specializat care este necesar pentru angajare, politica de management a performanței organizaționale, politica de dezvoltare de carieră a angajaților, politica de recompensare și motivare, politica de schimbare organizațională. Politica de resurse umane în sistemul de sănătate se va axa pe următoarele direcții:

- creșterea nivelului de competență profesională (orientată către pacient, grija pentru sănătatea populației și mediu);
- obținerea unei repartiții echilibrate a resurselor umane funcție de specificul și ponderea activităților desfășurate;
- construirea unei culturi organizaționale care să formeze echipe de lucru bine pregătite și un climat de muncă corespunzător;
- respectarea deontologiei și eticii medicale.

Având în vedere oferta de muncă, putem concluziona că există două mari categorii de factori care afectează oferta de forță de muncă: *„cei asupra cărora angajatorii au foarte puțin control (factori externi) și aceia pe care angajatorii îi pot influența în mod direct (factori interni). Din grupa factorilor externi se regăsesc: forța de muncă potențială, schimbările demografice, tendințele sociale, mobilitatea forței de muncă, competiția de pe piața forței de muncă, posibilitățile de transport. În timp ce din categoria factorilor externi regăsim: nivelul de salarizare, statutul oferit, satisfacția muncii, condițiile de muncă, posibilitățile de dezvoltare ulterioară.”*²¹

Planificarea resurselor umane pentru sistemul medico-sanitar se impune să se adapteze la necesitățile sistemului de sănătate, funcție de cerințele de personal din unitățile sanitare și de capacitățile educaționale ale instituțiilor de învățământ medical. Complexitatea activității serviciului resurse umane din instituțiile medico-sanitare se regăsește prin: recrutare și selecție de personal, evaluarea performanțelor, instruirea personalului, evaluarea climatului psiho-emoțional în colectiv,

²¹ Badea E., Bărbuță D., Chiriac N. et al, op. cit., pp. 162-164.

elaborarea mecanismelor de motivare a angajaților și creștere a satisfacției profesionale, înțelegerea culturii organizației și dezvoltarea sentimentului apartenenței, performanța înaltă etc. Asta deoarece componentele cele mai importante în furnizarea serviciilor de sănătate sunt resursele umane, iar România se confruntă cu calitatea dar și de cantitatea acestora.

În furnizarea serviciilor de sănătate componentele cele mai importante sunt resursele umane, iar România se confruntă cu calitatea dar și de cantitatea acestora. Prin strategia de dezvoltare regională aferentă perioadei 2014-2020²², au fost stabilite o serie de criterii, conform Tabelului 4.1.

Tabel 4.1. Dezvoltarea resurselor umane prin extinderea, diversificarea și îmbunătățirea calității serviciilor din domeniul medico-sanitar conform Strategiei de dezvoltare regională aferentă perioadei 2014-2020

Dezvoltarea resurselor umane și creșterea calității serviciilor de sănătate		
Nr. crt.	Criterii	Caracteristici
1	<i>extinderea, diversificarea și îmbunătățirea</i>	calității serviciilor din sectorul de sănătate prin investiția în dezvoltarea resurselor umane;
2	<i>sprijinirea serviciilor preventive de sănătate</i>	în vederea creșterii nivelului de educație a populației privind sănătatea prin adoptarea comportamentelor sănătoase, prevenind astfel riscul îmbolnăvirilor;

²² Strategia de dezvoltare regională 2014-2020, Axa prioritară 6: Dezvoltarea resurselor umane, creșterea incluziunii sociale, disponibil la adresa: http://www.adrcentru.ro/Document_Files/strategia2014-2020/00001446/if3d6_Axa%20prioritar%C4%83%206.%20Dezvoltarea%20resurselor%20umane.pdf, accesat la 12.01.2017.

Dezvoltarea resurselor umane și creșterea calității serviciilor de sănătate		
Nr. crt.	Criterii	Caracteristici
3	<i>dezvoltarea serviciilor medico-sociale</i>	care au ca destinație grupurile de populație defavorizate social (copii ai străzii, romii, familiile numeroase care realizează venituri mici, bătrâni singuri cu nevoi medicale și sociale crescute etc.);
4	<i>sprijinirea acțiunilor care vizează creșterea rolului pe care îl deține medicul de familie</i>	în calitate de consilier al sănătății pentru pacienții;
5	<i>îmbunătățirea managementului din spitale</i>	prin implicarea în activitățile de management a personalului care deține funcții de conducere, cu acces primordial al acestora la cursurile de formare profesională continuă și specializare;
6	<i>planificare și alocare de resurse umane</i>	în funcție de necesitățile populației;
7	<i>sprijinire și finanțare pentru implementarea serviciilor informatice de tip integrat</i>	de tip e-Sănătate, prin accesul populației la aplicații informatice, în special de tip portal care au ca scop oferirea de informații cu privire atât la beneficiile și serviciile de sănătate, cât și informații privind prevenirea, diagnosticarea, tratamentul și monitorizarea bolilor;
8	<i>dezvoltarea capacității instituționale a sistemului medico-sanitar</i>	prin asigurarea unui sistem medico-sanitar modern și mai ales performant în ceea ce privește practicile medicale (investiții pentru îmbunătățirea cadrului pentru coordonarea, controlul și implementarea politicilor, strategiilor și programelor din domeniul sănătății populației);

Dezvoltarea resurselor umane și creșterea calității serviciilor de sănătate		
Nr. crt.	Criterii	Caracteristici
9	îmbunătățirea calității serviciilor medico-sanitare cu accent pe rezolvarea problemelor de sănătate ale mamelor și copiilor	prin creșterea accesibilității la servicii de sănătate a gravidelor, lăuzelor și copiilor.

(Sursa: Strategia de dezvoltare regională 2014-2020, disponibil la adresa: [http://www.adrcentru.ro/Document_Files/strategia 2014-2020/00001446/if3d6_Axa%20prioritar % C4%83%206.%20Dezvoltarea%20resurselor%20umane.pdf](http://www.adrcentru.ro/Document_Files/strategia%202014-2020/00001446/if3d6_Axa%20prioritar%20C4%83%206.%20Dezvoltarea%20resurselor%20umane.pdf), accesat la 12.01.2017)

4.3. Motivație, satisfacție și performanță în muncă

Comportamentul și viața cotidiană sunt influențate de o serie de factori motivaționali, care reprezintă motorul fundamental al acțiunilor individuale, variabila care orientează, energizează și activează resursa umană. Motivația vine din interiorul fiecărui individ, iar managerul este cel care trebuie să creeze mediul ideal în așa fel încât fiecare angajat să poată oferi productivitate, eficiență și performanțe maxime în atingerea obiectivelor individuale și organizaționale.

Cunoașterea motivației constituie un domeniu vast de cercetare a psihologiei umane, știința care încearcă să elucideze și cauzele interioare care determină o anumită conduită comportamentală. Pe aceste considerente au apărut primele teorii asupra relațiilor și resurselor umane, teorii care au urmărit aspectele motivaționale în cadrul organizațiilor și modul în care factorul motivațional determină satisfacția în muncă.

Potrivit autorilor din literatura de specialitate motivația este:

- „totalitatea mobilurilor interne²³, ce declanșează, mențin și orientează acțiunea individului în sensul satisfacerii nevoilor, impulsurilor și imboldurilor ce stau la baza lor;”²⁴
- „gradul în care eforturile persistente sunt dirijate cu scopul de a realiza un obiectiv ținută.”²⁵

În vederea obținerii unor performanțe net superioare motivația constituie „instrumentul” utilizat tot mai des de manageri, în vederea realizării obiectivelor în condiții de consumuri cât mai reduse și calitate superioară. Importanța și rolul angajaților în organizație trebuie înțelese în profunzime de către manageri, deoarece ei constituie principalii responsabili ai motivării personalului. Astfel, prin utilizarea eficientă a resurselor disponibile pot fi atinse performanțe înalte, ținând cont în primul rând de aptitudinile și competențele profesionale ale angajaților. Dacă resursa umană este cea mai importantă resursă a unei organizații, atunci: „motivarea personalului reprezintă o componentă a managementului strategic al resurselor umane, fiind parte integrantă a funcției managementului strategic de mobilizare a energiilor angajaților pentru realizarea obiectivelor organizaționale.”²⁶

²³ Mathis Robert L., Nica Panaite C., Rusu Corneliu, *Managementul resurselor umane*, Editura Economică, București, 1997, p.34.

²⁴ Stanciu Dumitru Radu, *Managementul resurselor umane*, Editura Printech, București, 1999, p.160.

²⁵ Johns Gary, op. cit, p.150.

²⁶ Purdea Dumitru, Jaradat Mohammad, *Managementul general al resurselor umane*, Editura Risoprint, Cluj Napoca, 2011, p.105.

Politicile din sectorul resurselor umane orientează activitatea fiecărui angajat, stabilitatea căreia ține seama de importanța pe care o au angajații, de responsabilitățile care le revin managerilor și de obiectivele organizaționale din acest domeniu. Motiv pentru care *„pentru obținerea succesului profesional trebuie cumulate o varietate de caracteristici de personalitate ce țin direct de individul în cauză, cum ar fi tipurile de interacțiune utilizate, stilurile comunicaționale preferate, atitudini și comportamente individuale/organizațional abordate, deoarece aceste caracteristici la un loc prefigurează randamentul și performanța la locul de muncă.”*²⁷

Una dintre cele mai importante îndatoriri managerului este reprezentată de tehnica de *motivare a subordonaților prin conceperea unei ambianțe psihologice și sociale adecvate, formarea unui climat ambiental favorabil coeziunii, care să declanșeze factorii auto-motivaționali, prin apariția unei forme de motivație puternice.”*²⁸

Fiecare persoană caută motivația la locul de muncă²⁹ pentru a răspunde nevoilor și obiectivelor individuale. Cu toate acestea: *„indiferent de mediul ambiental motivația depinde în mod direct de recompensă și implicit de valoarea percepută a acesteia. Din acest punct de vedere, recompensele contingente și imediate sunt cele mai importante. Recompensele pe care indivizii le consideră atractive sunt cele pe care le percep a avea o valență ridicată. Printre*

²⁷ Pipas Maria Daniela, op. cit., p. 1396.

²⁸ Pânzaru Stelian, *Management general*, Editura Fundația „România de Măine”, București, 2013, p.36.

²⁹ Jaradat Mohammad, *Bazele managementului*, Editura Risoprint, Cluj-Napoca, 2007, p.195.

acestea – satisfacția muncii, ca echivalent conceptual al valenței pe care o are însăși activitatea respectivă.”³⁰

Motivația apare atunci când angajații sunt satisfăcuți atât de recompensele extrinseci cât și de cele intrinseci, acestea fiind alocate în mod echitabil, iar atunci când există inechitate satisfacția va scădea și proporțional cu aceasta, motivația se va reduce.

Dacă se dorește planificarea unei schimbări, atunci angajații trebuie să fie primii antrenați și motivați pentru a participa din plin la acest proces, care necesită prezența experienței în gestionarea echipei și a organizației, experiența lucrului în echipă și a formării structurii adecvate.

Pentru a implementa în mod eficient o strategie de motivare, trebuie să se acorde atenție tuturor elementelor legate de resursele umane chiar dacă acestea sunt situate în sfera negativă ca: atitudini negative, neîncrederea, apatia, pesimismul, rigiditatea. Managerii trebuie să aibă ca preocupare majoră atât motivația individuală, cât și motivația echipelor, prin identificarea așteptărilor și nevoilor personale pentru a le corela în cadrul unui proces complex și dificil cu motivele schimbării.

Schimbarea sistemului motivațional poate fi cerută de situația curentă de schimbare organizațională (exemplu: schimbarea structurii organizatorice, schimbarea culturii organizaționale etc.) care joacă rol de suport sau se poate constitui într-o schimbare propriu-zisă, generată de exemplu, de scăderea performanțelor angajaților. Menținerea motivației

³⁰ Cole Gerald A., *Managementul personalului*, București, Editura Codecs, 2000, p.107.

angajaților unei organizații care trece printr-un proces de schimbare reprezintă o sarcină extrem de provocatoare pentru manageri deoarece schimbarea poate să pară amenințătoare, caz în care oamenii acționează total diferit față de uzanțe.

Motivația schimbării presupune o bună cooperare între părțile implicate, un anumit climat organizațional și un sistem de comunicare adecvat, participarea angajaților la deciziile de schimbare, sistem informațional și de recompense corespunzătoare.

Diagnoza forțelor pro și contra schimbare asigură informațiile necesare identificării gradului de motivare a angajaților. În astfel de situații se dorește obținerea unui comportament și atitudini corespunzătoare a angajaților care să determine obținerea satisfacției organizaționale, rolul primordial revenindu-i managerului care: *„are sarcina de a determina nivelul de satisfacție în muncă a salariaților prin observarea și interpretarea mesajelor legate de activitățile depuse și posturile ocupate de către aceștia. De cele mai multe ori nivelele de satisfacție ale salariaților pot fi determinate prin aplicarea și interpretarea unor interviuri și chestionare sociologice.”*³¹

De aceea corelația directă dintre satisfacție în muncă și performanță se bazează pe atingerea obiectivelor propuse și chiar pe obținerea unor diverse recompense și satisfacției materiale sau financiare.

Performanța, ca indicator important al personalității, poate *„fi definită atât din prisma realizării obiectivelor conform standardelor de calitate și cantitate existente, cât și din prisma*

³¹ Wymer W.E., Carsten J.M., *Alternative Ways to Gather Opinions*, HR Magazine, nr.37, 1992, (pp.71-78), p.76.

îndeplinirii unei sarcini sau a unei activități la nivel superior. Atitudinile fata de muncă în combinație cu nivelul aptitudinal al competentelor și cu cel motivațional conduc spre un anumit nivel de performanță.”³²

Cu alte cuvinte, performanța în muncă este: *„foarte puternic influențată de modul în care ne simțim, de problemele personale cu care ne confruntăm, de așteptările noastre privind cariera profesională și viața personală, iar conștientizarea tuturor nevoilor personale pentru optimizarea stilului de viață, a comportamentelor și percepțiilor despre viață reprezintă un prim pas în atingerea echilibrului personal.”³³*

În literatura de specialitate³⁴, sunt nominalizate trei forme de exprimare a performanțelor individuale:

1. **Productivitatea** – reprezintă raportul simplu între intrările și ieșirile unei activități. Din punct de vedere economic, productivitatea reprezintă raportul stabilit între costuri și beneficii. În timp, s-a constatat că productivitatea la nivelul organizației este poate fi doar un concept artificial, susținut și realizat de randamentul individual, care reprezintă rezultatele interacțiunii dintre calitățile personale ale angajatului, condițiile de activitate oferite de organizație și nivelul de satisfacție obținut de fiecare individ separat;

³² Avram Eugen, *Psihologia personalității. Arhitectura și dimensiuni*, Editura Universitară, București, 2009, p.192.

³³ Petrovai Domnica, *Eficiența în viața profesională și cea personală*, Editura CPE, București, 2006, p.13.

³⁴ Craiovan Mihai Petru, *Psihologia muncii și a resurselor umane*, Editura Renaissance, București, 2008, pp.79-82.

2. **Loialitatea** – reprezintă criteriul care asigură stabilitatea resurselor umane și prin aceasta, continuitatea activității organizației. Loialitatea se câștigă și se întreține, fiind o manifestare conștientă. Eforturile pentru atingerea obiectivelor organizaționale trebuie depuse atât de manageri cât și de angajaților. În genere, strategiile de dezvoltare a loialității, vizează procesele psihice reglatorii, se structurează pe baze emoțional-afective, se întreține prin sistemul de satisfacție motivațională și urmărește principii și obiective stabilite volitiv. Nu poate fi obținută dacă organizația are o comunicare deficitară sau obiective secrete;
3. **Inovarea** – sau creativitatea constă în abordarea unor metode noi, novative în vederea susținerii activităților organizaționale prin dezvoltarea produselor sau serviciilor noi care le vor surclasa pe cele vechi. Inovarea este din ce în ce mai necesară pentru supraviețuirea organizației într-un mediu concurențial acerb. Ea este fundamentată de capacitatea creativă a indivizilor care se obține în mediile ambientale în care există respectul de sine și respectul față de semenii, libertate de gândire și acțiune și precum și informații de ultimă oră.

4.4. Stresul profesional și tulburările de stres

Activitatea desfășurată de către personalul unităților medico-sanitare implică o serie de responsabilități și apariția, de multe ori, a unor situații neprevăzute, care odată cu trecerea timpului acumulează stresul profesional. Cercetarea problematicei legată de stres prezintă o importanță deosebită pentru a putea evita factorii de risc, datorati solicitărilor continue ale organismului care pot: *„afecta ființa umană încă de la vârste foarte fragede, având efect nociv în legătură cu stilul de viață al indivizilor, deoarece stresul poate induce apariția unor stări de boală care la rândul lor generează consecințe grave din punct de vedere fizic, psihic și social.”*³⁵ De aceea: *„stresul profesional este definit ca un fenomen pluri-cauzal și multidimensional reflectat în răspunsurile psihofiziologice ale individului într-o anumită situație de muncă manifestat prin dezechilibrul dintre solicitările impuse de muncă și capacitatea obiectivă sau doar subiectivă a omului de a le face față.”*³⁶

La condiționarea stresului din cursul activității profesionale concurează factori multipli, dependenți de ambianța fizică, particularitățile intrinseci ale activității și caracteristicile psihofiziologice ale individului. Astfel, sursele de stres profesional³⁷ sunt formate din mediul exterior, caracteristicile postului de muncă, factorii personali, structura și cultura organizațională, relațiile de muncă, situația familială și social.

³⁵ Zanoschi Georgeta, op. cit., p.26.

³⁶ Ețco Constantin, *Management în sistemul de sănătate*, Editura Epigraf, Chișinău, 2006, p.584.

³⁷ Idem, p.585.

În condițiile actuale suprasolicitarea la locul de muncă în unitățile medico-sanitare se datorează volumului disproportionat de informații de verificat, probleme de rezolvat sau decizii de luat. Cu atât mai mult, spiritul de competiție și cerințele de performanță constituie o sursă de tensiune suplimentară. Nemaivorbind despre condițiile existente sau „inexistente” de la locurile de muncă, insalubritatea, insuficiența instrumentarului și a medicamentelor, neînțelegerile, disputele, climatul tensionat, criticile și solicitările superiorilor duc către nemulțumiri și stări de anxietate.

Stresul profesional sau ocupațional poate fi considerat și un element pozitiv, fiind benefic asupra performanțelor. În condițiile în care exigențele mediului profesional sunt moti-vante, acțiunea acestora este considerată un factor de stres pozitiv. În același timp, dacă o constrângere este percepută ca fiind neplăcută, dificilă și se manifestă în mod permanent, conduce la stres și efectele sale negative. Totuși, se recomandă a face distincție între persoane, atunci când vorbim de stresul profesional, căci pentru unii situațiile de tensiune și stres constituie o provocare, un factor motivator pozitiv care îl determină și ambiționează. În timp ce pentru alte persoane constituie constrângere, diminuarea atenției sau reducerea performanței. Sunt două categorii mari de influențe ale stresului, care sunt percepute cu intensități diferite de persoanele organizației. Această percepție diferită este generată de factori individuali și de poziția ocupată în cadrul organizației, fapt pentru care managerii (de regulă) sunt mai expuși efectelor negative ale stresului.

În prezent preocuparea pentru stresul profesional a crescut ca amploare și intensitate, cu atât mai mult în unitățile medico-sanitare unde obligațiile profesionale implică o serie de riscuri care pot afecta sănătatea și integritatea angajaților din domeniu, fapt care duce spre sporirea stresului la locul de muncă. Există o serie de reglementări legale referitoare la eliminarea și/sau evitarea riscurilor de contaminare a personalului medico-sanitar, care se referă la expunerea la agenți chimici, fizici, farmaceutici, biologici, contaminare radioactivă sau infecțioasă.

4.5. Formalizarea relațiilor, coordonarea și cooperarea – efecte pozitive

Formalizarea relațiilor la nivelul unităților medico-sanitare se face funcție de armonizarea obiectivelor individuale ale angajaților cu obiectivele generale organizaționale prin corelarea nevoilor dezvoltării umane și sociale, fiind necesare coordonare și cooperare care să permită o colaborare facilă între departamente și asigurarea unui climat de muncă favorabil.

Coordonarea la nivelul sistemului sanitar stabilește legături între persoane și compartimente în vederea îndeplinirii la timp și în condiții optime a obiectivelor stabilite, fapt care impune cunoașterea profundă de către manager a aspectelor tehnologice, organizatorice și economice, a per-

sonalului în mod deosebit, necesitând delegarea de atribuții și competențe pentru diferite niveluri ierarhice. Conform lui Mincă și Voinea, prin coordonare se dorește a dobândi³⁸: „armonie și unitate de efort prin urmărirea unui obiectiv împărțit într-o organizație sau comun altor organizații, managerii dezvoltând forme de coordonare cu o acoperire cât mai mare în interiorul organizației, precum: relații structurale (comitete, echipe de management al proiectelor și cercuri ale calității); sisteme administrative (planificare, programare și procese de feedback) și cultura organizației sau obiceiurile.”

Coordonarea activităților fiind legată de gestiunea resurselor umane implică un sistem decizional adecvat, calculul costurilor cu personalul, formarea și dezvoltarea profesională, informarea și comunicarea, îmbunătățirea condițiilor de muncă, relațiile cu statul, beneficiari și furnizori. Din acest considerent adaptarea și aplicarea diverselor decizii manageriale necesită parcurgerea unor etape, pornind de la explorarea posibilităților, apoi stabilirea opțiunilor, testarea ipotezelor formulate anterior și lansarea deciziei³⁹, conform Figurii 4.3.

³⁸ Mincă Dana Galieta, Voinea Griffin A., coordonatori, op. cit. p.27.

³⁹ Nutt Paul C. (1990) apud Gavrilă Tatiana, Lefter Viorel, *Managementul organizațiilor*, București, Editura Economică, 2007, p.128.

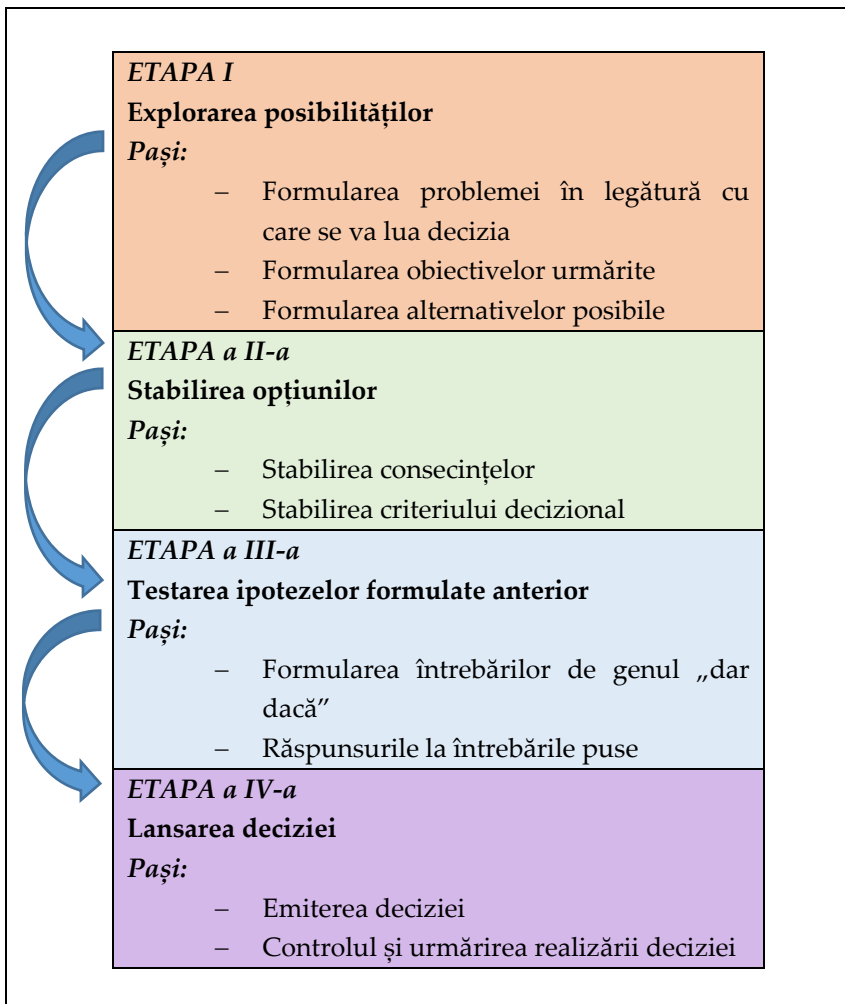


Figura 4.3. Etapele deciziei manageriale

(Sursa: Nutt Paul C. (1990) apud Gavrilă Tatiana, Lefter Viorel, *Managementul organizațiilor*, București, Editura Economică, 2007, p.128.)

Prin coordonare se asigură o stare de echilibru dinamic pentru subsistemele organizației, se face permanent legătura dintre compartimentele de conducere cu cele conduse, se asigură condițiile necesare comunicării între niveluri ierarhice și compartimente. Din acest considerent coordonarea poate fi bilaterală sau multiplă⁴⁰:

- *„coordonarea bilaterală – se realizează prin dialogul nedistorsionat dintre manager și salariat, iar feedback-ul se realizează cu promptitudine (este posibilă cu precădere în cadrul organizațiilor de mici dimensiuni);*
- *„coordonarea multiplă – implică un schimb complex de informații între managerul general, manageri și salariați (de regulă, acest proces are loc în cadrul reuniunilor, ședințelor, consfătuirilor, conferințelor sau teleconferințelor).”*

Coordonarea⁴¹ este considerată ca fiind *„funcția principală a managementului, prin intermediul căreia se pun în concordanță deciziile managerilor și acțiunile angajaților, în conformitate cu previziunile anterioare și cu procedurile de comandă și de antrenare adecvate. Sensurile funcției de coordonare sunt legate de armonizarea, reunirea, legarea, reglarea și sincronizarea acțiunilor personalului, în vederea realizării obiectivelor.”*

⁴⁰ Ibidem.

⁴¹ Stanciu Ștefan, *Managementul resurselor umane*, Editura SNSPA, București, 2001, p.47.

Astfel, este necesară *„sincronizarea activității persoanelor, eforturilor individuale ca ele să contribuie la realizarea scopurilor grupului și ale organizației, care presupune dezvoltarea unor relații interpersonale favorabile și îndeplinirea misiunilor instituției medicale.”*⁴² Fapt pentru care, atunci când se formează o echipă se face o analiză a activităților muncii în echipă conform obiectivului stabilit fiind necesară a fi îndeplinită funcția de cooperare. Aceasta deoarece conform afirmației unor autori⁴³: *„cooperare fără colaborare și comunicare nu există, iar comunicarea, dacă nu este declanșată într-un climat de încredere, nu este eficientă, ci artificială”*.

De aici și importanța lucrului în echipă a personalului din unitățile medico-sanitare, care formează grupuri profesionale mixte: personal medical (medici, farmaciști, stomatologi, chimiști, psihologi, biologi, asistenți medicali, tehnicieni dentari) și personal nemedical (contabili, secretari, informaticieni, bibliotecari, bucătari, brancardieri), fiind necesară implicarea fiecăruia și cooperarea permanentă a tuturor pentru îmbunătățirea calității serviciilor oferite și a condițiilor pentru îndeplinirea responsabilităților.

⁴² Ețco Constantin, op. cit., p.120.

⁴³ Țerbea Oana, Cioclov Roxana, Costică D. et al, „Ghid de lucru în echipă”, disponibil la adresa: <http://www.practica-ta.ro/wp-content/uploads/custom/probationers/ghid-de-lucru-in-echipa.pdf>, accesat la data de 10 februarie 2016.

Capitolul 5

Calitate, evaluare și excelență în serviciile sanitare

Alexandru V. Ciurea¹ susține că: „*medicina este o știință în permanent progres, ea contribuind major la creșterea calității vieții umane. Această știință se realizează pe baza cunoștințelor, cercetărilor, investigațiilor strategiilor, tehnicilor, procedurilor.*” Problemele economice, sociale și politice pot contribui la apariția unor fenomene nedorite atât în practica medicală, în conduita corpului profesional cât și în atitudinea și comportamentul beneficiarilor serviciilor sanitare.

5.1. Noțiuni teoretice asupra conceptului de calitate

Aplicarea noii reforme din domeniul sănătății conferă o interpretare inedită pentru cele mai multe definiții consacrate sub o anumită formă în sfera relațiilor socio-economice, în general și manageriale, în particular. În acest context, majoritatea specialiștilor susțin definirea calității serviciilor

¹ Alexandru V. Ciurea, Vasile G. Ciubotaru, Eugen Avram, *Management în unitățile medico-sanitare*, Editura universitară, București, 2011, p.103.

medicale prin îngrijirea optimă a pacientului care se bazează pe utilizarea protocoalelor standard de tratament, a serviciilor suplimentare și individuale care sunt aplicate în sistemul interacțiunilor și relațiilor interpersonale dintre medic și pacient.

Evident că, modalitatea în care managerii unităților medico-sanitare, abordează calitatea diferă foarte mult în funcție de cultura organizațională, personalitatea, experiența și pregătirea acestora. Un bun management al calității constă în planificarea, organizarea, implementarea practică, conducerea cu aplicarea celor mai eficiente și eficace decizii organizaționale, controlul și evaluarea și nu în ultimul rând, revizuirea măsurilor necesare modelării serviciilor și proceselor de management, astfel încât ele să răspundă permanent celor mai stricte nevoi ale beneficiarilor, furnizorilor, finanțatorilor etc.

Conceptul de calitate este un concept foarte vast care implică, în general, existența a trei caracteristici fundamentale²:

1. **calitatea profesională** – ceea ce semnifică că atât produsul cât și serviciile îndeplinesc condițiile necesare și stabilite prin standardele de practică medicală. Deoarece, gradul satisfacției profesionale a practicianului este direct legat de calitatea actului medical, dar ia în considerare și contextul în care acesta își desfășoară munca. În acest sens se poate afirma că existența satisfacției organizaționale duce la creșterea performanței individuale, respectiv a celei organizaționale;

² Ingrid Laura Gheorge, *Managementul spitalului*, București, Editura Public H Press, 2006, p.192.

2. **calitatea din punct de vedere a beneficiarului** (satisfacția pacientului). În mod normal, pacienții nu au cunoștințele necesare pentru a putea evalua competența tehnică a furnizorului de servicii de sănătate, în schimb ei știu cel mai bine, care este starea lor de sănătate, tratamentul aplicat și felul în care au fost tratați precum și felul în care le-au fost îndeplinite nevoile/așteptările. Pacienții se limitează de cele mai multe ori la a pune întrebări, și apreciază serviciile medicale ca fiindu-le convenabile sau nu. Existența acestei dimensiuni a calității conduce la dezvoltarea unor comportamente pozitive/negative din partea pacientului (acceptarea/neacceptarea recomandărilor, complianță crescută/scăzută la tratament, continuitatea/întreruperea tratamentului, scăderea/ creșterea ratei de abandon a tratamentului etc.). Uneori, așteptările pacienților sunt mult mai mari decât ceea ce medicul le poate oferi, alteori el poate să fie rigid și astfel tinde să se împotrivească la ceea ce el consideră drept o imixtiune în probleme strict personale. Din această cauză, percepția pacientului asupra sănătății, poate fi considerată ca fiind o consecință și nu un atribut al serviciilor de sănătate;
3. **managementul calității totale** – Managementul calității totale poate fi considerat un model organizațional ce atestă participarea tuturor factorilor organizaționali în vederea elaborării și implementării procesului de dezvoltare și

îmbunătățire a calității care poate atinge sau chiar depăși așteptările beneficiarilor. Acest model organizațional, are în vedere premisa că un procent de 90% din totalul problemelor abordate sunt probleme legate de proces, și nu probleme legate de personal. Principiile calității totale sunt reprezentate de focalizarea pe beneficiarul serviciilor medicale, lucrul în echipă și îmbunătățirea continuă a calității.

Conform standardului ISO8402/1995³, definiția calității este: *„Ansamblul caracteristicilor unei entități, care îi conferă capacitatea de a satisface necesitățile cunoscute și potențiale ale utilizatorului.”*

În general, conceptul de calitate comportă sensuri de natură economică, socială, filozofică și tehnică și este utilizat în diverse domenii. Ca definiție generală, în literatura de specialitate sunt evidențiate diferite derivate care pun accentul pe anumite aspecte:

1. J. M. Juran⁴ spune despre calitate că este: *„aptitudinea prin intermediul căreia sunt satisfăcute unele necesități sau nivelul în care produsul poate servi cu succes expectanțele consumatorilor”;*
2. Feigenbaum⁵ afirmă: *„calitatea reprezintă singura forță foarte importantă care duce la apariția unei creșteri economice a firmelor pe piața internațională”;*

³ SR ISO 8402:1995, Managementul și asigurarea calității.

⁴ J.M. Juran, Frank M. Gryna, *Juran's Quality Control Handbook*, 4th edition, London, Mcgraw-Hill (Tx); 4th edition, 1988, p.23.

⁵ Armand V. Feigenbaum, *Total Quality Control*, 4th edition, London, McGraw-Hill Professional, 2004, p.22.

3. Conform teoriei lui Grönroos⁶: „calitatea reprezintă satisfacerea deplină a dorințelor clienților”;
4. Stanciu I.⁷ consideră calitatea ca fiind: „nivelul în care procesele, serviciile și produsele ating și chiar depășesc nivelul de așteptare precum și cerințele consumatorilor”;
5. După Al-Hawari⁸: „calitatea este cauza principală care produce performanță în zona afacerilor”;
6. Gheorghe Șraum⁹ afirmă: „calitatea reprezintă expresia nivelului de utilitate socială a produselor, măsura în care sunt satisfăcute nevoile pentru care a fost create respectând cu strictețe restricțiile care sunt impuse de interesele societății în ceea ce privește protecția mediului social și natural, precum și eficiența economică”;
7. Kara Henson & colab¹⁰ susțin că: „Serviciile sau produsele, din sfera ocrotirii sănătății, care au o calitate înaltă sunt acelea care se referă la activitatea

⁶ Christian Gronroos, *Service Management and Marketing: Customer Management in Service*, 3rd edition, New-York, JW, 2007, p.38.

⁷ Stanciu I., *Managementul calității totale*, București, Editura Cartea Universitară, 2003, p.65.

⁸ Al-Hawari, M., *The effect of automated service quality on bank financial performance and the mediating role of customer retention*, 2006, Journal of Financial Services Marketing, Vol.10, No.3, (pp.228-238), p.228.

⁹ Șraum, Gheorghe, *Merceologie și asigurarea calității*, Cluj-Napoca, Editura George Barițiu, 2000, p.113.

¹⁰ Sheikh K., Gilson L., Agyepong IA, Hanson K., Ssengooba F., Bennett S., *Building the field of health policy and systems research: framing the questions*, PLoS medicine, 8 (8), e1001073. ISSN 1549-1277 DOI: 10.1371/journal.pmed.1001073, 2011, (pp.1-8), p.8.

efectivă de îngrijire și răspund cerințelor și așteptărilor tuturor, respectând criteriile de umanitate, echitate și eficiență”.

Caracterul complex al calității este dat de multitudinea definițiilor existente, toate definițiile amintite anterior, prezintă puncte de vedere diferite atât conceptual cât și datorită factorilor determinanți la care se face referire.¹¹

5.2. Evoluția și atributele calității

În domeniul sănătății, susține Constantin Ețco¹²: „*prin calitate se înțelege, în mare măsură, efectuarea corespunzătoare a intervențiilor lipsite de riscuri, pe care sistemul de sănătate publică poate să le acopere din punctul de vedere al costurilor, care au capacitatea de a satisface nevoile și așteptările rezonabile ale pacientului și de a produce un impact favorabil asupra morbidității, invalidității și mortalității populației*”. Cu alte cuvinte, calitatea înseamnă să faci lucrul potrivit, la timpul potrivit și în cel mai potrivit mod.

În societatea informatizată, așteptările pacienților se formează inclusiv prin aprecierea tehnologiilor utilizate și aplicate în unitățile de sănătate, prin compararea calității relațiilor interpersonale, ale comunicării și ale susținerii psihosociologice ale pacienților.

¹¹ Raboca Horia Mihai, *Managementul calității în administrație publică*, București, Editura Tritonic, 2013, p.5.

¹² Constantin Ețco, *Management în sistemul de sănătate*, Chișinău, Editura Epigraf, 2006, p. 636.

Instituțiile medico-sanitare, din majoritatea țărilor dezvoltate au în componența lor un departament special creat pentru a ține sub control problemele legate de calitate, responsabil de planificarea și implementarea unui sistem de management al calității totale (MCT), ceea ce implică înțelegerea principiilor legate de îmbunătățirea calității conform Tabelului 5.1.

Tabel 5.1. Câteva principii legate de îmbunătățirea calității în unitățile medico-sanitare

Sistemul de management al calității totale aferent unităților medico-sanitare	
Principii legate de îmbunătățirea calității	– calitatea necesită o implicare conștientă și susținută a tuturor angajaților din organizație
	– calitatea trebuie să fie percepută clar de beneficiarii serviciilor de sănătate (pacienți), în acest sens este necesar ca instituția medico-sanitară să țină cont de nevoile consumatorului atât în activitățile de planificare, proiectare, producere cât și în activitățile prestare a serviciilor medicale calitative
	– calitatea presupune colaborare cu toți partenerii implicați în realizarea serviciilor medicale de calitate (furnizori de echipamente, de medicamente, de servicii medicale performante etc.).
	– calitatea nu se referă și nu se limitează doar la serviciile medicale, ea trebuie să se regăsească în toate activitățile desfășurate de instituția medico-sanitară.

Sistemul de management al calității totale aferent unităților medico-sanitare	
	– calitatea reprezintă un element necesar, dar uneori el se poate dovedi a fi insuficient, mai ales în situația în care partenerii/concurenții nu acționează în aceeași direcție
	– calitatea poate fi îmbunătățită tot timpul deoarece ea se obține în cel mai ușor mod, prin raportarea performanțelor proprii la performanțele obținute de cei mai puternici parteneri/concurenți
	– în linii mari, calitatea nu costă nimic în plus, în schimb, ea presupune să faci lucrurile bine de la început

*(Sursa: adaptat după Raboca Horia Mihai,
Managementul calității în administrație publică,
București, Editura Tritonic, 2013, p.12.)*

Managementul calității totale în cadrul sistemului de sănătate sau al unei instituții medico-sanitare cuprinde trei componente principale: managementul politicii, crearea echipelor de gestionare a calității și asigurarea calității în activitatea cotidiană, Figura 5.1.

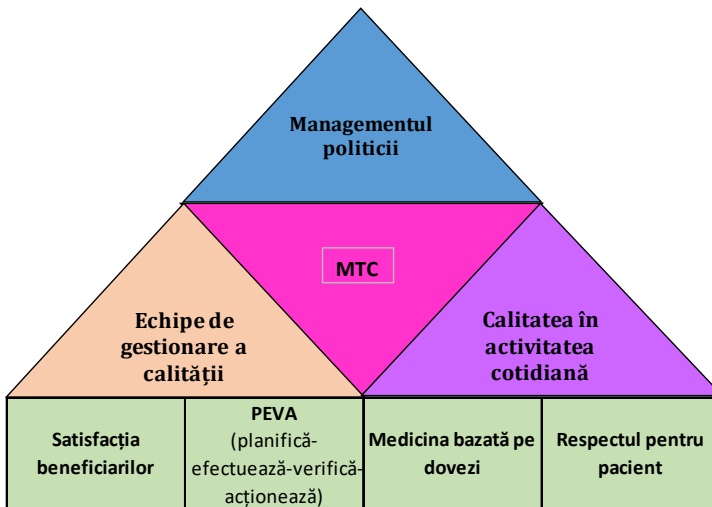


Figura 5.1. Componentele și principiile fundamentale ale managementului calității totale în sistemul sănătății

(Sursa: adaptat după Constantin Ețco, *Management în sistemul de sănătate*, Chișinău, Editura Epigraf, 2006, p. 637)

Conform Figurii 5.1. putem concluziona că fiecare din principalele componente ale MCT are o contribuție majoră în procesul de obținere a satisfacției beneficiarilor serviciilor de sănătate în acest sens:

1. **Managementul politicii** presupune planificarea și elaborarea concepției, strategiei și programelor de management a calității serviciilor medicale, ținând cont de faptul că dezvoltarea, în sistemul de sănătate, a conceptului de calitate reprezintă un proces de lungă durată ce poate fi implementat în mai multe etape. El necesită o reevaluare a stereotipului deja format cu privire la conceptul de calitate. Astfel, cea mai complicată și importantă sarcină este integrarea într-o strategie

unică a intereselor medicilor instituțiilor medico-sanitare, organelor publice, beneficiarilor și contribuabililor care prezintă viziuni proprii asupra calității serviciilor de sănătate.

Altă sarcină constă în elaborarea indicatorilor de măsurare și monitorizare a calității, în vederea furnizării unor informații actuale și autentice necesare pentru luarea deciziilor politice. După integrarea celor 28 de state în Uniunea Europeană, Biroul Regional pentru Europa al OMS a recomandat noilor state europene să-și proiecteze politicile de calitate în conformitate cu modelele propuse de Fondul European de Gestiune a Calității (EFQM), Organizația Internațională pentru Standardizare (ISO), Asociația Europeană pentru Acreditare în Sănătate (AEPHA), Societatea Europeană pentru Calitatea Serviciilor Medicale AEPHQ și alte organizații de specialitate, aceste recomandări având ca scop principal armonizarea actelor normative naționale și extinderea cooperării internaționale.

2. Crearea echipelor de gestionare a calității: asigurarea calității în sistemul sanitar, reprezintă un proces sistematic, orientat spre îmbunătățirea continuă a performanțelor, iar crearea echipelor de gestionare a calității a devenit un imperativ al timpului prezent.

La nivelul fiecărei unități medico-sanitare, echipele care gestionează acest deziderat de calitate trebuie:

- să selecteze domeniile prioritare de activitate aferente organizației în speță;
- să informeze personalul angajat de felul în care se identifică și se analizeze cauzele primare ale problemelor ce pot destabiliza obținerea performanței organizaționale;

- să elaboreze indicatorii proprii de performanță;
- să stabilească metode de gestionare a riscurilor și să implementeze planuri de ameliorare a calității.

3. Calitatea în activitatea cotidiană a instituțiilor medicale: în activitatea cotidiană a instituțiilor medicale, calitatea trebuie să fie susținută prin relația complementară dintre procesele interne de asigurare a calității serviciilor medicale și acreditarea prestatorilor. Procesul de acreditare motivează instituțiile medicale de a întruni cerințele/standardele de acreditare specifice.

Managementul total al calității include, pe de altă parte și realizarea unor principii deontologice și profesionale fundamentale conform Tabelului 5.2.

Tabel 5.2. Principiile deontologice și profesionale ale MTC
din unitățile medico-sanitare

Principii deontologice și profesionale fundamentale ale MTC	
1. Satisfacerea beneficiarului	- punctul de pornire pentru asigurarea calității în instituțiile medicale constă în identificarea beneficiarilor și a așteptărilor acestora (pacienți, medici, organe publice, distribuitori de medicamente și aparataje medicale, furnizori de agenți termici etc.). O instituție medicală inteligentă trebuie să ofere un nivel ridicat de satisfacție în primul rând angajaților săi, motivându-i să-și perfecționeze cunoștințele și să caute soluții noi pentru rezolvarea problemelor instituției. Ca rezultat vor apare servicii medicale calitative care vor contribui la satisfacerea pacienților;

Principii deontologice și profesionale fundamentale ale MTC	
2. Respectarea ciclului de gestionare a calității PEVA (planifică – efectuează –verifică – acționează)	- oferă echipelor profesionale, responsabile de gestionarea calității serviciilor medicale, instrumentele necesare pentru stabilirea nevoilor consumatorilor și a motivului de îmbunătățire a calității (identificarea problemelor), planificarea și implementarea măsurilor de soluționare a problemelor, verificarea rezultatelor și îmbunătățirea proceselor din instituțiile medicale.
3. Medicina bazată pe dovezi	- reprezintă utilizarea explicită, judicioasă, atentă a celor mai bune dovezi curente în luarea deciziilor privind îngrijirea individuală a pacientului. Ea urmează patru etape: formularea unei întrebări clare referitoare la o problemă a pacientului; căutarea informațiilor relevante în literatura de specialitate; evaluarea critică a dovezilor găsite din punctul de vedere al validității și utilității și nu în ultimul rând implementarea aspectelor utile găsite în practica clinică.
4. Respectul pentru actul medical și pacient	- reprezintă un derivat fundamental al dreptului omului la viață și sănătate, care include drepturi sociale ce țin de accesibilitate, echitate și calitate în obținerea asistenței medicale. Există și dimensiunea individuală a drepturilor pacientului, care se referă la respectarea pacientului ca ființă umană, a demnității și integrității sale realizate în procesul de prestare a serviciilor medicale, precum și în legătură cu participarea lui în calitate de subiect uman în cercetările biomedicale.

(Sursa: adaptat după Constantin Ețco, *Management în sistemul de sănătate*, Chișinău, Editura Epigraf, 2006, pp. 638-641)

Privită de specialiștii din domeniul calitologiei, calitatea serviciilor medicale se reflectă prin obținerea satisfacției beneficiarului/pacientului, care reprezintă un element al sănătății psihologice ce influențează la rândul său, în mod direct rezultatele îngrijirilor medicale și impactul acestora. Din acest punct de vedere, un pacient satisfăcut va tinde să colaboreze cu medicul și implicit cu personalul de îngrijiri medicale și astfel, să accepte mult mai ușor recomandările acestora. În concluzie, putem susține că satisfacția pacientului influențează în mod direct accesul la serviciile medicale, deoarece un pacient mulțumit de serviciile medicale oferite va reveni în unitatea sanitară, respectiv la medicul căruia i-a testat serviciile medicale.

Există numeroase cazuri în care rezultatele evaluării satisfacției pacientului sunt total diferite de cele obținute prin evaluarea profesioniștilor din domeniu. Aceasta se întâmplă datorită faptului că pacientul este influențat și se axează în special pe relațiile interpersonale pe care le percepe deoarece pe acestea le poate evalua mai ușor, deși ele sunt de cele mai multe ori subiective, în comparație cu aspectele tehnice, de specialitate pe care pacientul nu le poate evalua sau le evaluează mai greu.

Din acest punct de vedere putem concluziona, că evaluarea calității prin prisma satisfacției beneficiarului/pacientului reprezintă modul în care furnizorul vine în întâmpinarea valorilor, necesităților și așteptărilor reale ale pacienților.

5.3. Managementul calității serviciilor de sănătate

Kerekes și Şraum susțin că: „*demersul calității nu a apărut într-un moment precis al istoriei. Este un element fundamental al comportamentului omului, care a fost mai mult sau mai puțin dezvoltat după împrejurări și necesități.*”¹³

Astăzi în literatura de specialitate putem întâlni o multitudine de definiții date calității produselor și serviciilor. Cu toate acestea, încă nu există o accepțiune comună.

După unii autori, cele mai importante funcții ale managementului calității¹⁴, pot fi reprezentate conform Tabelului 5.3.

Tabel 5.3. Funcțiile de bază ale managementului calității

Funcțiile de bază ale managementului calității	
Planificarea calității	– selectarea, clasificarea și ponderea cerințelor de calitate, ținându-se seama de posibilitățile de realizare ale acestora. În cadrul acestei funcții are loc stabilirea cerințelor clienților și convertirea acestora în VALORI TREBUIE, măsurabile, adică în cerințe concrete privind produsul sau serviciul. Prin urmare această funcție impune planificarea tuturor măsurilor de asigurare a calității, care însoțesc un produs sau serviciu

¹³ Kerekes Ladislau, Şraum Gheorghe, *Sisteme de management conform standardelor internaționale*, Editura Dacia, Cluj-Napoca, 2011, p.36.

¹⁴ Ibidem, p.38.

Verificarea calității	– este funcția în care se observă în ce măsură calitatea realizată a unei unități (produs, proces) corespunde cerințelor de calitate prestabilite. Prin urmare verificarea calității furnizează <i>VALORILE ESTE</i> privind calitatea produselor și proceselor, formând baza celei de-a treia funcții, funcția de conducere
Conducerea calității	– are ca sarcină supravegherea și efectuarea corecțiilor necesare realizării produsului sau serviciului, la calitatea prevăzută. Prin urmare conducerea calității compară <i>VALORILE ESTE</i> cu cele <i>TREBUIE</i> privind calitatea și inițiază măsurile corective necesare pentru realizarea caracteristicilor prescrise

(Sursa: adaptat după, Kerekes L., Șraum Ghe., *Sisteme de management conform standardelor internaționale*, Editura Dacia, Cluj-Napoca, 2011, p.38)

Elementele principale necesare pentru realizarea unui management al calității, care cuprinde mediul organizațional în întregime sunt¹⁵:

- implicarea și responsabilizarea factorilor de management, în vederea dezvoltării unei strategii a calității, de sus în jos, cu aplicarea ei în toate domeniile și sub-domeniile organizaționale;
- îmbunătățirea continuă a calității, ca bază principală pentru atingerea obiectivelor organizației (noțiunea de calitate și scopul îmbunătățirii

¹⁵ Kerekes Ladislau, *Managementul calității*, Editura Status, Miercurea Ciuc, 2009, p.61.

calității trebuie să fie formulate pe înțelesul tuturor). De asemenea, trebuie să se facă referiri la semnificația calității pentru organizație și corelarea cu obiectivele acesteia;

- conștiința pentru costurile non-calității: pierderile financiare, cauzate de lipsa calității, trebuie descoperite și analizate;
- îndeplinirea cerințelor clienților, conștientizarea cerințelor și așteptărilor clienților;
- îmbunătățirea produsului din punct de vedere al cerințelor clientului. Trebuie să fie disponibile informațiile referitoare la îmbunătățirea calității și efectul acestei asupra avantajelor privind produsul, respectiv clientul;
- optimizarea organizării unității: forme clare de organizare, delegarea responsabilităților, atragerea tuturor colaboratorilor;
- stil de conducere: lucrul în echipă a colaboratorilor prin procese dinamice de grup.

Donabedian A.¹⁶ susține că: *„toți indivizii au dreptul fundamental de a primi îngrijiri de calitate înaltă, ceea ce include și gradul de accesibilitate a populației la instituțiile din domeniul medico-sanitar.”*

¹⁶ Donabedian A., *Explorations in Quality Assessment and Monitoring*, Volume I. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor: Health Administration Press; 1980, p.42.

5.4. Dimensiunile calității în îngrijirile medicale

Calitatea îngrijirii reprezintă un concept dinamic care are o varietate de dimensiuni, dependente în primul rând din perspectiva individului care răspunde la întrebări, iar în al doilea rând din perspectiva contextului ambiental, social, și organizațional.¹⁷

În acest context, putem afirma că dimensiunile legate de calitatea îngrijirilor includ¹⁸: accesibilitatea, specificitatea, continuitatea, eficacitatea, efectivitatea, orientarea spre pacient, siguranța mediului și orarul îngrijirii.

Managerii care s-au ocupat de aplicarea proceselor de *îmbunătățire a calității muncii în unități medicale* au identificat unele *principii* care stau la baza acestora, cum sunt¹⁹:

1. Deoarece atât medicul cât și asistentele contribuie la obținerea rezultatului final, nici medicii și nici asistentele nu ar trebui să fie unilateral responsabili cu îmbunătățirea calității;
2. Atunci când se planifică un program de îmbunătățire a calității cuprinzător într-o unitate sanitară, activitățile diverselor cadre medicale trebuie coordonate astfel încât să asigure completarea reciprocă a eforturilor unora și altora;

¹⁷ Vladescu, C. (coord.), *Management în sistemul de sănătate*, Editura Alpha MDN, Buzău, 2010, p.156.

¹⁸ Stull M. K., Pinkerton S., *Strategii actuale pentru administratorii asistenților medicali*, Publicația Aspen, Maryland, SUA, 1988,(pp.79-91), p.83.

¹⁹ Jaradat Mohammad, *Managementul unităților sanitare*, Editura Dacia, Cluj-Napoca, 2006.

3. Managerii trebuie să estimeze costurile și beneficiile pentru a asigura ca suma dedicată activităților de îmbunătățire a calității e corespunzătoare ca valoare;
4. Pentru a se asigura că resursele investite în această direcție au rezultate semnificative, asistentele trebuie să se concentreze doar asupra factorilor de performanță critici, adică asupra acelor activități care aduc cele mai mari beneficii la nivel financiar și de îngrijire;
5. Secretul pentru îmbunătățirea calității îngrijirii pacientului e evaluarea obiectivă a îngrijirii, iar secretul pentru o evaluare reușită e asigurarea unei documentări adecvate. Sarcina documentării asupra calității îngrijirii cade pe umerii asistentei, nu a celui care face evaluarea;
6. Capacitatea atingerii obiectivelor depinde de funcționarea optimă a fiecărei etape din procesul de asistență și monitorizarea eficientă a sistemelor de îngrijire se bazează pe feedback-ul (răspunsul) primit de la toate sub-sistemele cuprinse în supra-sistemul de îngrijire;
7. Singura evaluare a îngrijirii nu poate duce la o îmbunătățire a calității. Feedback-ul continuu generat de rezultatele finale obținute e necesar și el pentru continuarea unei activități corespunzătoare și pentru înlocuirea intervențiilor nesatisfăcătoare cu metode mai eficiente;

8. După ce calitatea îngrijirii a fost evaluată și după ce au fost identificate îmbunătățirile ce trebuie făcute, presiunea din partea colegilor poate constitui stimulul necesar efectuării schimbărilor recomandate;
9. Dacă evaluarea arată că e nevoie de alt gen de îngrijire, reorganizarea serviciilor la nivel de unitate sanitară poate impune și schimbări la nivelul structurii organizaționale formale;
10. Pentru ca eforturile de îmbunătățire a calității să fie eficiente, strângerea și evaluarea datelor trebuie să fie efectuate de o asistentă cu autoritate decizională. Datele privind inadvertențele de structură, eșecurile intervenite în cursul desfășurării și rezultatele necorespunzătoare sunt lipsite de orice valoare dacă nu sunt folosite ca motivație a unei acțiuni cu caracter de remediere.

Un instrument de evaluare a calității îngrijirii pacientului oferă un grad de validitate ridicat dacă acordă punctaje mari în cazurile în care rezultatele sunt aproape de cele ideale și punctaje mici în cazurile când rezultatele sunt slabe.

Pe de altă parte, un instrument de evaluare a calității îngrijirii pacientului prezintă un grad redus de validitate dacă reacționează în mod invers decât cel descris mai sus. Pentru a fi asigurate fiabilitatea și validitatea măsurărilor, fiecare criteriu folosit trebuie să fie obiectiv, adică fiecare caz în care se aplică acel criteriu trebuie să aibă șanse egale de a obține un punctaj „bun”.

Pentru a maximiza efectul eforturilor de îmbunătățire a calității trebuie folosite criteriile corespunzătoare în ceea ce privește structura, modul de desfășurare și rezultatele. Când se dorește îmbunătățirea unei anumite măsuri de îngrijire, criteriile de măsurare trebuie stabilite pe baza experienței în acest gen de cazuri.

Referitor la calitate, în 1991, Palmer & colab.²⁰ Appreciază: *„calitatea poate fi definită ca existența celei mai bune sănătăți și a satisfacției populației ținând cont de constrângerile tehnologice, constrângerile resurselor și de specificul consumatorilor.”*

De la teorie la practică, cercetările au scos la iveală faptul că în privința serviciilor de sănătate, calitatea ține de cinci factori: profesionalismul furnizorilor, accesibilitatea populației, eficiența/eficacitatea și nu în ultimul rând satisfacția beneficiarilor. Pe de altă parte calitatea depinde și de câteva variabile ce pot fi privite de furnizori și beneficiari în termeni de: *„perfecțiune, siguranță (în exploatare), durabilitate, trăsături specifice (securitate), nivel tehnologic, concordanță cu specificațiile proiectate, uniformitate, conveniență în utilizare, calitate înaltă percepută, stil și prezentare atractivă, valoare (raport între performanță și cost), încadrare în timpul stabilit, service.”*²¹

²⁰ Palmer RH, Donabedian A, Povar GJ. Striving for Quality in Health Care: An Inquiry into Policy and Practice. Chicago, IL: Health Administration Press; 1991, p.72.

²¹ Armstrong Michael, *Armstrong's Handbook of Human Resource Management Practice*, Kogan Page; 13 edition, 2014, p. 321.

5.4.1. Perspectiva excelenței văzută prin prisma managementului calității totale

Spre deosebire de managementul tradițional, MTC (Managementul Calității Totale) presupune dezvoltarea unor atitudini noi deoarece calitatea economisește bani, este o problemă strategică, fiecare individ care face parte din organizație este responsabil de calitate iar obiectivul final al organizației este îmbunătățirea continuă și obținerea performanței organizaționale.

Conform lui Armstrong, MCT introduce la nivelul organizațiilor performante, atitudini diferite, conform Tabelului 5.4.

Tabel 5.4. Atitudini diferite introduse de către MCT

Criterii	Atitudine tradițională	Noua atitudine impusă de TQM
<ul style="list-style-type: none">– Importanță– Cost– Responsabilitate– Obiectiv– Măsurată prin:– Accent pus pe:– Atitudine– Definită	<ul style="list-style-type: none">– Calitatea este o problemă tehnică– Calitatea înaltă costă bani– Compartimentul de asigurare a calității– Îndeplinirea specificațiilor– Nivel de calitate mediu– Depistarea defectelor– Controlul calității– De către organizație	<ul style="list-style-type: none">– Calitatea este o problemă strategică– Calitatea înaltă economisește bani– Fiecare persoană din organizație– Îmbunătățirea continuă– Zero defecte– Prevenirea defectelor– Obținerea calității– De către consumatori

(Sursa: Alexandru V. Ciurea, Vasile Gh. Ciubotaru, Eugen Avram, Dezvoltarea managementului în organizațiile sănătății, Editura Universitară, 2007, p.154.)

Conform practicilor sale, MCT propune o nouă viziune, alternativă asupra oamenilor la locul de muncă, aceștia fiind interpretați mai puțin ca „obiecte” și mai mult ca agenți.

După Edward Deming²² există 14 principii care relevă esența abordării calității totale:

1. Neacceptarea unor niveluri curente, obișnuite ale greșelilor, întârzierilor și defectelor, erorilor!;
2. Crearea unei continuități a obiectivului privind calitatea;
3. Încorporarea calității în produs sau serviciu de la început, încercând detașarea din partea controlului de masă !;
4. Implementarea unor instrumente semnificative de măsurare a calității, corelativ cu evitarea reducerii viziunii activității doar la nivelul prețului, reducerea numărului de furnizori !;
5. Descoperirea problemelor și elaborarea unor programe pentru îmbunătățirea continuă a costurilor, calității, productivității și service-ului !;
6. Instituirea perfecționării pregătirii pentru toți angajații !;
7. Orientarea supravegherii între sprijinirea angajaților pentru a lucra mai bine!;

²² Edward Deming, *W. Edwards Deming's 14 Points for Total Quality Management*, <http://asq.org/learn-about-quality/total-quality-management/overview/deming-points.html>, apud Armstrong Michael, *Armstrong's Handbook of Strategic Human Resource Management*, 6th Edition Kogan Page, London, Published: 3rd March 2016, p.133; Mathis et al., *Managementul resurselor umane*, București, Editura Economică, 1997, pp.403-404.

8. Înlăturarea fricii, temerilor prin încurajarea comunicării deschise, oneste, astfel încât fiecare salariat să muncească cât mai bine !;
9. Înlăturarea barierelor dintre departamente și încurajarea rezolvării problemelor prin munca în echipă !;
10. Eliminarea obiectivelor, sloganurilor care prevăd îmbunătățiri fără să precizeze modul în care acestea pot fi realizate !;
11. Eliminarea standardelor de muncă prescrise doar numeric, nu și calitativ !;
12. Înlăturarea barierelor care împiedică angajații să fie mândri de munca lor să se simtă recunoscuți pentru rezultatele activității !;
13. Introducerea de fiecare dată când este nevoie a unor programe viabile de educație, recalificare, pregătire, autoperfecționare !;
14. Determinarea fiecărui angajat să acționeze pentru implementarea celor 14 principii.

Cele 14 principii formulate de Deming au dus la modificarea concepțiilor formulate anterior asupra MCT, deoarece experiențele acumulate în urma aplicării lor au demonstrat că este foarte important să se acorde o deosebită importanță persoanelor care au responsabilitate în proiectarea și implementarea MCT. Astfel, în 1979 P.B. Crosby²³ pune accent pe responsabilitatea managementului și pe încurajarea

²³ Philip B. Crosby, *Quality Is Free: The Art of Making Quality Certain: How to Manage Quality – So That It Becomes A Source of Profit for Your Business*, 1st Edition, McGraw-Hill Companies, 1979, p.78.

oamenilor de a participa și a fi preocupați de calitate tot așa cum sunt preocupați de profit. El apreciază că managementului îi revine responsabilitatea a 40% din erorile de calitate. Crosby a arătat că multe organizații încearcă să rezolve problema calității prin „hărțuirea” angajaților, nemotivându-i și folosind mijloace „egoiste și iritante”

Abordarea calității totale a serviciilor din organizațiile de sănătate, presupune în primul rând o schimbare de concepție, o regândire a lucrurilor, o raportare a pacientului nu doar la rezultatul intervenției, ci la toate celelalte acțiuni, ceea ce înseamnă că fiecare angajat din unitatea medico-sanitară este angrenat, începând cu managerul și terminând cu angajații de la baza piramidei.

Creșterea calității implică demersuri care să cuprindă toate componentele activităților pe care le implică serviciile de sănătate. În ceea ce privește existența unei echipe de calitate la nivelul organizației de sănătate, părerile sunt împărțite, deoarece se crede că specialistul trebuie să fie excelent pregătit, eventual să fie aceeași persoană responsabilă de cercetare-dezvoltare organizațională, iar responsabilii trebuie să se implice în mod concret. Pe de altă parte, procesele de pregătire și implementare pentru calitate trebuie să vizeze nu doar experții, ci întregul personal.

5.4.2. Obstacole în calea excelenței în sistemul de sănătate

Cu toate eforturile depuse de organizațiile de sănătate, obstacolele în calea demersurilor de creștere a calității nu au întârziat să apară. Unul dintre cele mai importante obstacole a fost percepția unor furnizori că numai dotarea cu tehnologie modernă și concentrarea unor resurse umane și materiale în unitățile medico-sanitare ar constitui soluția calității.

Aplicabilitatea acestei strategii nu a fost asociată cu îmbunătățirea accesibilității în anumite zone, deoarece s-a înregistrat creșterea timpului de așteptare ca urmare a migrării pacienților din zonele lipsite de cadre și tehnologie modernă, în zonele favorizate din acest punct de vedere. Totodată, s-a constatat că alocarea fondurilor nu poate ține pasul cu aglomerarea listelor de așteptare și că o dată cu creșterea numărului de unități (cabinele, laboratoare și farmacii) s-a ajuns la scăderea sumelor contractate cu acestea din cauza fondurilor care au rămas aceleași.²⁴

Un alt element care împiedică adoptarea unor strategii la nivel de unitate sanitară este slaba autonomie, care atrage după sine greutatea în structurarea acelei echipe coezive care să depună un efort corelat în vederea atingerii obiectivelor strategiei de calitate. Este de remarcat faptul că implementarea MCT poate dura ani de eforturi continue și în acest demers multe organizații eșuează pe drum. Cele mai cunoscute cauze ale eșecului sunt²⁵:

- managerii nu se implică efectiv în implementarea MCT;
- managerii nu pot stăpâni acest proces;
- implementarea necorespunzătoare a MCT;
- calitatea materiilor prime pe care furnizorii nu o pot garanta întotdeauna.

²⁴ Opincaru C., Gălețescu M., Imbri E., *Managementul calității serviciilor în unitățile sanitare*, București, Editura C.N.I. Coresi, 2004, p.82.

²⁵ Armstrong Michael, *Armstrong's Handbook of Human Resource Management Practice*, Kogan Page; 13 edition, 2014, p. 324.

Hohan, Wiener & colab.²⁶ sunt de părere că acest proces nu este ușor de demarat mai ales datorită existenței următoarelor probleme: diminuarea numărului de cotizanți la sistemele de asigurări, creșterea cheltuielilor, apariția de noi patologii, un sfert din activitățile unităților sanitare este consacrată pentru redresarea erorilor, diagnosticele și prescripțiile tinerilor profesioniști din sănătate nu se validează de către seniori etc.

Chiar și în aceste condiții au fost puse bazele unor schimbări care să susțină programele de calitate astfel că, au existat preocupări intense pentru introducerea sistemelor de management al calității în unele organizații medico-sanitare, susținându-se necesitatea participării active a tuturor factorilor implicați în sistemul de sănătate pentru creșterea calității.

²⁶ Hohan, I., Wiener, U.(coord.), *Enciclopedia Calitatii, Editura Oficiul de Informare Documentara pentru Industrie, Cercetare, Management, Bucuresti, 2005, p.92.*

Capitolul 6

Performanță în serviciile sanitare

6.1. Abordarea managementului performant prin dezvoltarea unor relații eficiente cu beneficiarii serviciilor sanitare

6.1.1. Cadrul general privind performanța în serviciile sanitare

Există o largă variație în ceea ce privește rezultatele obținute în sănătate pentru țări cu nivel similar de venituri și educație. Unele variații se datorează diferențelor de performanță a sistemului de sănătate. Diferențele de formă, conținut și management al sistemelor de sănătate traduc diferențe în direcția rezultatelor evaluate social, cum ar fi sănătatea, capacitatea de răspuns la așteptările populației sau echitatea.

Decidenții de la toate nivelurile au nevoie să cuantifice variația performanței sistemului de sănătate, să identifice factorii care îl influențează și să formuleze politici care vor genera rezultate mai bune într-o varietate de situații. La nivelul regiunilor țărilor sau publice de sănătate, de asemenea, este nevoie să fie evaluată performanța subcomponentelor sistemului¹.

¹ Preston SH., *Mortality and development revisited*, Population Bulletin of the United Nations, 1986, 18, pp 34-40.

În viziunea OMS, conceptul de performanță se situează în jurul a trei criterii fundamentale:

1. Ameliorarea stării de sănătate;
2. Maximizarea posibilității de răspuns față de nevoile și expectanțele populației;
3. Asigurarea echitabilității și a echității în legată de contribuția financiară.

Cristopher Murray și Julio Frenck² propun un cadru general pentru înțelegerea performanței sistemelor de sănătate. Ei consideră că un cadru convingător și operațional pentru evaluarea performanței unui sistem de sănătate este vital pentru munca guvernelor, agențiilor de dezvoltare și instituțiilor multilaterale.

O aplicație majoră a acestui cadru este structurarea anexelor statistice ale World Health Report. Începând din 2000, acest raport prezintă informații despre performanța sistemului de sănătate pentru fiecare țară:

- a. Ameliorarea sănătății, care este principiul fondator al sistemului de sănătate, înseamnă în același timp îmbunătățirea stării de sănătate a oamenilor și reducerea procedeeleor privind inegalitatea și discriminarea;
- b. Maximizarea capacității de răspuns la nevoile și expectanțele populației include două componente majore:

² Murray, Christopher J. L. and Frenk Julio, *A framework for assessing the performance of health systems*, Bulletin of the World Health Organisation, 2000, 78 (6), p.1.

- respectul pentru persoană (care include respectarea demnității umane, confidențialitatea și autonomia indivizilor și familiilor în ceea ce privește deciziile care le afectează sănătatea proprie);
- orientarea către client/pacient (care include acordarea promptă a asistenței medicale, accesul la rețelele de suport social în timpul îngrijirilor, calitatea serviciilor de bază și libera alegere a furnizorului de servicii) (WHO – The World Health Report 2000).

c. Asigurarea normelor de echitate legate de contribuția financiară, înseamnă că fiecare gospodărie plătește o cotă justă din totalul cheltuielilor pentru sănătate ale unei țări (ceea ce poate însemna că orice gospodărie săracă nu plătește nimic). Acest lucru implică faptul că fiecare este protejat față de riscurile financiare datorate episoadelor de îngrijiri de sănătate.³

Măsurarea performanței sistemelor de sănătate face legătura dintre atingerea scopurilor de bază (cei trei piloni) și resursele disponibile. Performanța poate fi judecată comparând modul în care scopurile de bază ale sistemului de

³ McKee, M. and Healy, J., *Hospitals in a changing Europe*, *European Observatory on Health Care Systems*, Open University Press, 2002, p.112.

sănătate au fost atinse cu modul ideal în care scopurile ar fi putut fi atinse, date fiind resursele.

Calitatea trebuie perceputa de pacienți în prestarea serviciilor medicale, presupune colaborarea cu parteneri de „calitate” instituții medicale performante, furnizori de echipamente moderne, medicamente, materiale sanitare, reactivi sau alimente competitive și calitative.

Calitatea poate fi întotdeauna îmbunătățită (este loc de mai bine) aceasta se poate obține și prin compararea cu alte instituții de același fel, sau prin raportarea performanțelor proprii la ale celor mai puternici concurenți sau parteneri, calitatea nu costa nimic în plus ci trebuie să faci lucrurile bine de prima dată, asigurarea calității este un proces sistematic, orientat spre îmbunătățirea continuă a performanțelor îngrijirilor medico-sanitare.

O instituție sanitară trebuie să ofere un nivel ridicat de satisfacție a angajaților motivându-i să-și perfecționeze cunoștințele și să caute soluții noi pentru problemele instituției și astfel ca rezultat vor apărea servicii medicale net superioare calitativ. Astfel, calitatea serviciilor medico-sanitare este interpretată ca o îngrijire optimă a pacientului, bazată pe folosirea protocoalelor standard de tratament.

Organizația Mondială a Sănătății definea în urma cu peste 50 de ani sănătatea ca *„bunăstare completă fizică, psihică și socială, și nu doar absența bolii sau handicapului”*. Abordarea Organizației Mondiale a Sănătății are meritul de a surprinde caracterul pozitiv și parțial subiectiv al conceptului de sănătate. Oricare ar fi definiția sănătății este important să se diferențieze factorii determinanți ai sănătății: comportamente, factori biologici, mediul fizic și social care influențează sănătatea.

Starea de sănătate a populației și modul de ocrotire a sănătății sunt strâns legate de problematica medico-socială a populației de corelațiile între dezvoltarea social – economică și evoluția stării de sănătate publică și a organizării sanitare (probleme de macrosociologie), factorii sociali și (social-economici) în calitatea lor de factori de risc de îmbolnăvire și factori de protecție a sănătății, climatul din colectivitățile de lucru, problematica familiei, sociologia internă a unităților sanitare, nivelul de cultură sanitară, precum și comportamentul sanitar al populației.

În România, ca de altfel în toate țările fost comuniste stabilirea priorităților în legătură cu serviciile de sănătate la care există acces universal este o problema de mare actualitate. Putem distinge două aspecte majore și anume: bugetele alocate pentru asistență de sănătate sunt foarte reduse limitând furnizarea tuturor serviciilor de sănătate cerute de medici și populație precum și multe intervenții eficiente și din punct de vedere economic și medical sunt neglijate, subfinanțate sau furnizate la standarde calitative reduse când tocmai acest gen de intervenții ar trebui să aibă o prioritate sporită și să beneficieze de resurse importante, având certitudinea unui impact pozitiv asupra stării de sănătate a populației folosindu-se pachetul de servicii medicale esențiale. La noi în țară, atunci când menționăm statul vizavi de serviciile medicale ne putem referi la structuri de nivel central sau local cum ar fi: Ministerul Sănătății, Casa Națională de Asigurări de Sănătate, Direcția de Sănătate Publică, Casele Județene de asigurări de Sănătate, sau Consiliile Județene și Primăriile având și ele unele responsabilități pe linie de sănătate.

Autoritățile sanitare sunt răspunzătoare de asistență sanitară a populației trebuind să raționalizeze serviciile sanitare atâta vreme cât bugetele lor sunt finite și trebuie să decidă ce anume de servicii medicale trebuie să furnizeze (pachet minimal sau la cerere) astfel a luat ființă un model raționalizat de servicii medicale cum ar fi: asistenta medicală primară, unde medicul de medicina generală decide dacă pacientul are nevoie de investigații sau tratamente suplimentare, listele de așteptare, autonomia profesională ce duce la încrederea pacienților ca deciziile legate de tratamentul lor sunt luate pe criterii strict medicale și nu administrative.

Un sistem sanitar poate fi caracterizat și evaluat luând în considerare două dintre cele mai importante aspecte: organizarea acestuia și fluxul financiar aferent activităților desfășurate. Ținând cont de fluxul financiar, pot fi decelate trei categorii: plătitorul, furnizorul și consumatorul (pacientul). Conform literaturii de specialitate, modalitățile de finanțare a sistemului de sănătate pot fi: Sisteme Naționale de Sănătate unde predomină finanțarea din impozite globale redistribuite prin Bugetul de Stat, sisteme de asigurări de sănătate bazate pe contribuțiile obligatorii către fondul special pentru sănătate, Sisteme de Asigurări Private de Sănătate bazate pe prime de asigurări voluntare, Plata Directă în care pacientul își plătește direct serviciu medical de câte ori apelează la el sau Coplata în care pacientul pe lângă asigurările de sănătate de care beneficiază mai aduce un aport.

În acest context în baza cerințelor societății umane și a cerințelor ei apar interesele social-economice în sistemul se

ocrotirii sănătății scoțând în evidența cel puțin trei aspecte de baza cu nivele sociologice diferite cum ar fi: pacienții care sunt interesați ca serviciile să fie acordate cât mai operativ, să fie cât mai ieftine și de calitate superioară, personalul medical care este interesat în auto-confirmare materială și morală (salariu, condiții de muncă, perspective de afirmare și respectabilitate), structurile administrative și de conducerea ale sectorului medical.

6.1.2. Abordarea relației cu beneficiarii serviciilor sanitare

Modalitatea în care managerii serviciilor sanitare tratează conceptul de calitate este diferită în funcție de percepția, personalitatea, experiența și pregătirea profesională pe care o dețin. Revizuirea standardelor calitative se referă la îmbunătățirea continuă a calității serviciilor sanitare furnizate și a modalităților în care sunt produse aceste servicii.

Abordarea din punct de vedere a calității, atunci când este vorba de stabilirea unei bune relații cu beneficiarii serviciilor sanitare, reprezintă una dintre cele mai corecte abordări deoarece gradul de satisfacție al practicianului este strâns legat de calitatea actului medical, dar depinde și de mediul organizațional în care el își desfășoară munca, deoarece apariția satisfacției va duce întotdeauna la maximizarea performanței individuale/ organizaționale.

Relația cu clientul/pacientul constituie capitolul cu cea mai mare pondere a evaluărilor în sistemul calității totale, reprezentând un procent de 20% din punctajul organizației.⁴

Această relație presupune:

- dimensiune acțională, referitoare la sarcinile, activitățile medicale;
- o dimensiune comunicațională cu privire la informarea pacientului, punerea lui în contact cu realitatea;
- o dimensiune simpatetică, vizând climatul relațional-afectiv existent pe parcursul perioadei în care pacientul este sub observația personalului de îngrijire medicală.

În noua abordare a relației cu beneficiarii serviciilor de sănătate solicitantul acestor servicii nu mai este tratat în termeni de „bolnav” sau „pacient” ci în termeni de „client”, „beneficiar”. În acest fel, susține A.V. Ciurea⁵: *„relația cu clientul nu se mai reduce la comunicarea diagnosticului, ci la explicarea acestuia, nu se mai reduce la schițarea prognosticului, ci la organizarea unor servicii suplimentare pentru integrarea social cât mai rapidă și redescoperirea sensului vieții”* mai mult, tratamentul își propune ca obiectiv salvarea vieții dar și a calității acesteia.

Personalul medical stabilește o relație profesională nu doar cu problemele organice ale clientului/pacientului, ci și cu

⁴ Hohan I, Wiener U. (coord.), *Enciclopedia calității*, București, Editura Oficiul de Informare Documentară pentru Industrie, Cercetare, Management, 2005, p.56.

⁵ A.V. Ciurea, V.Gh. Ciubotaru, E. Avram, *Dezvoltarea managementului în organizațiile sănătății*, Editura Universitară, 2007, p. 170.

cele psihologice și sociale care sunt cauzate de primele. Noua orientare pentru excelență presupune angajamentul în relația cu clientul/pacientul la toate nivelele, de la personalul medical superior, până la cel mediu și auxiliar.

6.1.3. Contextul existențial al pacienților

După E. Freidson,⁶ ca profesionist medicul se distinge prin înaltul nivel de formație abstractă și specializată și prin orientarea spre profesie, prin recunoașterea deplinei sale autorități asupra bolii și prin monopolul obținut în tratamentul ei.

Perspectiva utilizatorului sau a pacientului constă în aprecierea serviciului numai din partea acestuia. Impresia pacienților despre eficiență poate fi bazată pe experiența lor proprie „de ameliorare” după efectuarea curei de tratament sau pe baza experienței altor pacienți. Totuși, majoritatea bolnavilor nu cunosc aspectele tehnice ale asistenței medicale. De exemplu, unii pacienți nu sunt în stare să determine dacă pastilele și dozele prescrise corespund cerințelor, normelor de tratament. Unii sunt dispuși să aprecieze calitatea serviciului medical în baza relațiilor interpersonale medic-pacient. Astfel, perspectiva utilizatorului este legată de rezolvarea următoarelor probleme: ameliorarea stării de sănătate, acceptabilitatea pentru pacient a diagnozei și curei de tratament; prețul pentru servicii; explicațiile medicului; primirea răspunsurilor satisfăcătoare la întrebările puse medicului etc.

Pacienții (utilizatorii) și prestatorii de servicii apreciază ocrotirea sănătății după diferiți parametri. Cu toate acestea,

⁶ Eliot Friedson, *Professionalism, the Third Logic: On the Practice of Knowledge*, 1st Edition, University of Chicago Press, 2001, p.215.

există și o legătură reciprocă între aceste perspective: este vorba despre aspectele interpersonale sau contactul stabilit între pacient și medic.

Dacă pacienții au încredere în personalul medical, probabilitatea stabilirii diagnozei corecte și eficiența curei de tratament este mai mare. Tratamentul va fi complet dacă relațiile interpersonale vor fi mai bune și explicațiile medicului vor fi mai accesibile. Aceasta va conduce la o calitate tehnică mai înaltă. Între două perspective ale calității pot fi și contradicții. De exemplu, pacientul poate să prefere tratamentul prin pastile, deși medicul i-a prescris injecții. Dacă se va urma „perspectiva utilizatorului”, se va înregistra o calitate tehnică mai proastă și o înrăutățire a rezultatelor tratamentului.

Respectarea drepturilor pacientului reprezintă un derivat fundamental al dreptului omului la viață și sănătate, care include drepturi sociale ce țin de accesibilitate, echitate și calitate în obținerea asistenței medicale. Există și dimensiunea individuală a drepturilor pacientului, care se referă la respectarea acestuia ca ființă umană, a demnității și integrității lui realizate în procesul de prestare a serviciilor medicale, precum și în legătură cu participarea lui în calitate de subiect uman în cercetările biomedicale.

Aspectele interpersonale de interacțiune includ probleme ale relațiilor reciproce dintre medic și pacient, personalul clinic și pacient; contactul, stima, compasiunea. La aspectele distructive, care afectează relațiile medic-pacient, se referă: aprecierea incorectă sau nesatisfăcătoare a laturilor tehnologice ale tratamentului (componenta tehnologică a

calității) de către pacient, aprecierea legată de explicațiile medicului privind boala sa, tratamentul rezultat, serviciile medicale acordate, starea sănătății pacientului etc. De aceea este important a stabili calitatea relațiilor reciproce medic-pacient, deoarece aceste relații unesc componenta tehnologică cu cea legată de pacient, într-un ansamblu unitar constructiv. În baza celor expuse, apare necesitatea efectuării unui sondaj sociologic al populației în sectorul AMP cu privire la accesibilitatea ajutorului medical, complexitatea pachetului de servicii, nivelul de satisfacere a pacienților, calitatea și deservirea în conformitate cu cerințele contemporane.

În contextul metodologiei costului, al folosirii resurselor minimizării cheltuielilor în ocrotirea sănătății și activității eficiente a instituțiilor medicale sunt importante ambele componente calitative.

Pentru studierea problemei calității se folosește, de obicei, metoda anchetei sociologice și a interviului, prin care se dorește obținerea percepțiilor cu privire la⁷:

1. Trăsătura socială din punct de vedere igienic a pacienților;
2. Aprecierea ajutorului de ambulatoriu;
3. Aprecierea sănătății de către pacienți;
4. Evaluarea obiectivă din partea pacienților, a activităților aferente staționarului;
5. Aprecierea asistenței medicale;
6. Aprecierea relației stabilite între medicul curant, pacient și personalul medical.

⁷ Balle M., Champion Daviller M., *Organizer les services des sains. Le management par la qualité*. Edition Masson, Paris, 2000, p. 24-39.

Sondajele sociologice de acest tip depistează existența neajunsurilor și a rezervelor posibile de ameliorare a calității și eficienței serviciilor medicale. Trăsătura comună a acestor sondaje este nemulțumirea pacienților de organizarea activității centrelor medicilor de familie (CMF), de activitatea nesatisfăcătoare a registraturii, de pierderea timpului în așteptarea medicului, ostilitatea personalului medical față de bolnavi. Din aceste cauze, mai mult de o treime din pacienți practică autotrataamentul.

În concluzie, subliniem că cercetările efectuate confirmă necesitatea funcționării instituțiilor medicale de alternativă, dezvoltarea instituțiilor medicilor de familie în sistemul AMP.

6.1.4. Evaluarea performanței și utilitatea evaluării

În literatura științifică sunt multe definiții ale calității asistenței medicale privite prin prisma performanței și evaluării acesteia. Unii autori⁸, consideră că ea se referă la conformitatea față de specificație, costul cât mai mic față de o unitate dată, satisfacerea în totalitate a cerințelor beneficiarilor.

Organizația Mondială a Sănătății (OMS) definește calitatea ca fiind „caracteristica unui proces sau serviciu care determină nivelul de excelență”⁹.

După A. Donabedian¹⁰, calitatea asistenței medicale este „asistență ce asigură buna stare a pacientului, după care el poate judeca între beneficiul sperat și riscul inerent actului medical”.

⁹ Unicef România, *Managementul calității – îmbunătățirea continuă a calității serviciilor de sănătate*, România, 2000.

¹⁰ Donabedian A., *Guide to Medical Care Administration*. American Public Health Association. Washington, 1969, p. 230-240.

Asociația Medicală Americană (AMA) a definit calitatea asistenței medicale ca „o asistență ce contribuie la ameliorarea sau menținerea calității și/sau duratei vieții”. Definiția internațională a calității în standardele ISO este următoarea: „Ansamblul caracteristicilor unei entități ce conferă atitudinea de a satisface necesitățile exprimate și subînțelese”.

În anii '80 ai sec. XX a apărut noțiunea de conducere prin obiective pentru coordonarea eforturilor profesionale. Ea este o parte importantă a conceptului de management. Esența este următoarea: dacă punând în aplicare instrumentele de control se reduce posibilitatea producerii riscului, atunci obiectivul va fi atins. Conducerea prin obiective se bazează pe următoarele principii:

- stabilirea unui șir de scopuri strategice de înalt nivel;
- crearea unor scopuri organizatorice, care sunt sprijinite de obiective complete și planuri de acțiuni de nivel mai scăzut;
- stabilirea principalelor rezultate și standarde de performanță pentru fiecare obiectiv;
- evaluarea periodică a gradului de atingere a scopului.

Este dificil să realizezi ceva, dacă nu știi exact ce anume încerci să realizezi. Această situație cere introducerea obiectivelor SMART¹¹ și anume: specific, măsurabil, atins, realist și timp.

¹¹ Vilcot M., *Qualité dans les établissements de Santé*, Edition Afnor, 2002, p. 10-15.

- Noțiunea „specific” reprezintă o formulare specifică, care trebuie să fie lipsită de ambiguități, nu trebuie să ofere prea multe detalii, să fie suficientă pentru a comunica și să aibă o cerință clară;
- „Măsurabil” înseamnă o modalitate explicită de a evalua rezultatul. Indicatorul este măsurabil dacă conține 4 elemente ale variabilei de gestionare, și anume: cantitatea, calitatea, costul și timpul;
- „Atins” înseamnă că poate fi realizat cu adevărat. Indicatorul trebuie să fie deci suficient de atins și nu trebuie stabilit la un nivel care nu poate fi atins în mod realist;
- „Realist”: obiectivul respectiv trebuie să fie comparabil cu alte obiective, relevant pentru rezultatele dorite, necesar și important, ce dă posibilitatea stabilirii obiectivelor prioritare;
- „Timpul” este o caracteristică foarte importantă pentru un indicator. Dacă nu se stabilește o limită de timp specifică de la început, cerința de realizare devine deschisă și nu va exista nici o modalitate eficace de evaluare a progresului.

Un element important în asigurarea îmbunătățirii continue a calității asistenței medicale este evaluarea calității cu ajutorul indicatorilor de calitate. Apare o întrebare: „Ce este un indicator al calității asistenței medicale?”. Indicatorii calității asistenței medicale evaluează rezultatele asistenței medicale, procesul de acordare a acestei asistențe, precum și structura IMSP și a rețelei acestora¹².

¹² Etço C., *Management în sistemul de sănătate*, Editura Epigraf, Chișinău, 2006, 864 p.

Evaluarea calității asistenței medicale este influențată de lucrările lui Avedis Donabedian, care a fost condus de principiul că probabilitatea de a obține cel mai bun rezultat este garantată de livrarea asistenței medicale de cea mai bună calitate. Calitatea necesită o structură și organizare corectă.

Acordarea asistenței medicale trebuie să fie realizată de profesioniști calificați într-o structură adecvată. Pentru analiza asistenței medicale, A. Donabedian adoptă trei nivele¹³:

- intrarea în procesul de asistență medicală (input): acestea sunt structura și resursele;
- procesul de asistență medicală însuși;
- rezultatele asistenței medicale.

Evaluarea performanțelor și costurilor în sistemul de sănătate se bazează pe cadrul standard general de cuantificare a costurilor îngrijirilor medicale și a veniturilor unităților medicale¹⁴. Aceasta implică următorii indicatori economico-financiari: execuția bugetară, venituri proprii ale unității medicale, cheltuieli pentru servicii, cheltuieli personal, cheltuieli cu medicamente, cheltuieli de capital, cost mediu pentru o zi de îngrijire¹⁵.

¹³ Donabedian A., Evaluating the quality of medical care. Milbank Memorial Fund Quaterly, 1996, p. 44, 166-206.

¹⁴ Richardson J, McKie J. Economic evaluation of services for a National Health scheme: the case for a fairness-based framework. J Health Econ. 2007; 26(4):785-799.

¹⁵ Tan A, Freeman JL, Freeman DH Jr. *Evaluating health care performance: strengths and limitations of multilevel analysis*. Biom J. 2007; 49(5):707-718.

6.2. Evaluarea serviciilor și a programelor de sănătate

Sănătatea reprezintă o resursă incontestabilă și incommensurabilă a personalității umane, a individului și a societății în ansamblul său fiind considerată ca una dintre cele mai importante valori naționale din această cauză evaluarea serviciilor și programelor de sănătate reprezintă principalul deziderat al tuturor țărilor dezvoltate.

Astăzi, evaluarea a ajuns să reprezinte un concept complex, utilizat în aproape toate domeniile de activitate având ca scop verificarea atingerii unor cerințe de relevanță, utilitate, eficacitate, calitate și eficiență, motiv pentru care există o multitudine de definiții și o largă aplicabilitate a termenului.

Generic, prin evaluare se înțelege colectarea și analiza obiectivă și sistemică în luarea deciziilor în legătură cu un scop stabilit. În sănătate însă, ne interesează să determinăm, în această manieră, relevanța, eficacitatea și impactul activităților sanitare privite prin prisma obiectivelor specifice. După Hsiao¹⁶, criteriile de evaluare a sistemelor de sănătate sunt în principal următoarele: acoperirea universală, acces egal (la instituții, profesioniști, servicii și resurse), controlul cheltuielilor

¹⁶ Hsiao W., *A Framework for Assessing Health Financing Strategies and the Role of Health Insurance*, ch2, in *An International assessment of health care financing. Lessons for developing countries*, 1995, eds. Dunlop D. and Martins J, Economic Institute of The World Bank, Washington DC, 1995.

lilor pentru sănătate, utilizarea eficientă a resurselor, echitatea în finanțare, posibilitatea de alegere.

Obiectivele evaluării în sănătatea publică vizează o arie extinsă: studii de evaluare a nevoilor, sisteme de monitorizare, control și evaluare a stării de sănătate a populației, evaluări epidemiologice diverse, intervenții în cazuri de epidemii, catastrofe, situații de criză, dezvoltare și evaluare a politicilor și a strategiilor de sănătate, intervenții prin servicii de prevenție, tratament, recuperare și reabilitare furnizate direct pacienților, promovarea sănătății, integrarea serviciilor de sănătate publică, sănătate mintală, programe de educație pentru sănătate oferite diverselor grupuri țintă, campanii de informare-educare-comunicare pe teme de interes public etc.

Evaluarea programelor de sănătate reprezintă un proces important care cuprinde o serie de etape desfășurate într-o ordine logică, conform Figurii 6.1.

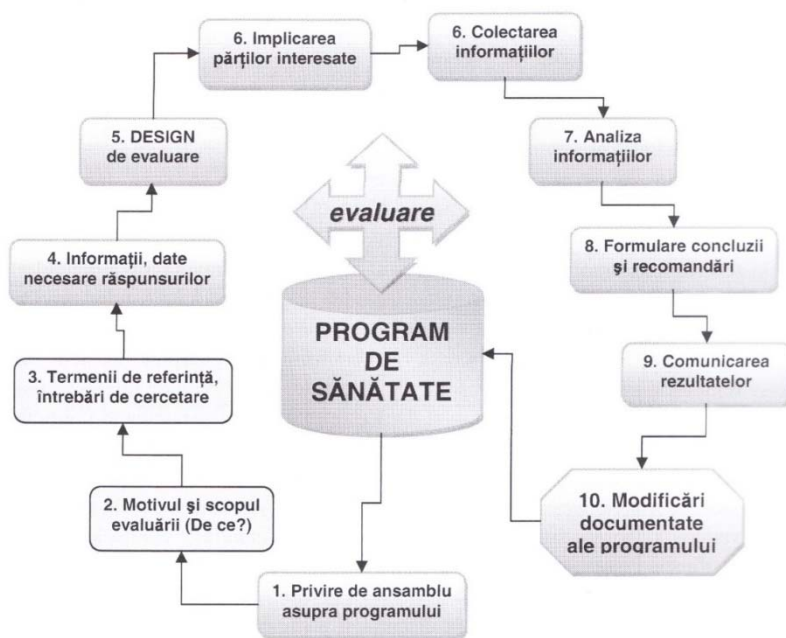


Figura 6.1. Etapele evaluării programelor de sănătate

(Sursa: Alexandru V. Ciurea, Vasile G. Ciubotaru, Eugen Avram,
Management în unitățile medico-sanitare,
București Editura Universitară, 2011, p. 41.)

Extrapolând la nivelul asistenței de sănătate primară, evaluarea managementului de cabinet poate fi realizată prin intermediul unor indicatori de proces, de structură sau clinici.

Evaluarea acestor indicatori poate da informații asupra stării organizaționale prezente și poate oferi informații necesare consumatorilor pe baza cărora aceștia își vor alege furnizorul de sănătate potrivit nevoilor și expectanțelor lor.

6.3. Cercetarea evaluativă și concluziile obținute în baza analizei calității serviciilor de sănătate

Conform lui Leyiu Shi¹⁷: „cercetarea serviciilor de sănătate constituie un domeniu al cercetării care s-a dezvoltat în ultimele decenii, aplicându-se în arii diferite cum ar fi: politica sanitară, cercetarea sistemului de sănătate, epidemiologia clinică, evaluarea tehnologiilor, analiza deciziei clinice, cercetarea operațională, economia sanitară, sociologia medicală, antropologia medicală”. În același context, Enăchescu și Florescu¹⁸ susțin că: „cercetarea serviciilor de sănătate se poate desfășura fie la nivel organizațional, și vizează aspectele intra organizaționale ale serviciilor de sănătate, incluzând cercetarea resurselor, furnizării, organizării, finanțării serviciilor, fie la nivel politic și, în acest caz, se axează pe aspectele macro și inter-organizaționale ale serviciilor de sănătate, studiind determinanții sociali, politici, economici, precum și modelarea, implementarea și consecințele politicilor de sănătate.”

Majoritatea specialiștilor din domeniul sănătății susțin că cea mai eficientă metodă de cercetare aplicată în cazul serviciilor sanitare este cercetarea evaluativă care se poate defini ca fiind un proces care constă în emiterea de judecăți a posteriori asupra unei intervenții cu ajutorul unei metode științifice. Mai specific, ea reprezintă analiza pertinentei,

¹⁷ Leyiu Shi, *Health Services Research Methods*, Delmar Publisher, University of Michigan, USA, 1997, p.58.

¹⁸ Dan Enăchescu, Cert. St. III dr. Silvia Florescu, *Metode și tehnici actuale în cercetarea serviciilor de sănătate*, Revista Management în sănătate, București, No.3/2007, (pp. 30-34), p.30.

bazelor teoretice, a productivității, efectelor și randamentului unei intervenții, precum și a relațiilor existente între intervenție și contextul în care este plasată, în general, cu scopul de a contribui la adoptarea deciziei.

Pentru a obține rezultate elocvente în demonstrarea aplicării unui management al calității eficient și eficace unitățile sanitare care aplică o cercetare evaluativă asupra unei intervenții, obișnuiesc să facă una sau mai multe din analizele menționate anterior cu scopul de a obține rezultate elocvente. De foarte multe ori, însă, se apelează la mai multe strategii de cercetare luându-se în calcul perspectivele diferiților actori afectați de intervenția respectivă.

Principalele tipuri de cercetare evaluative utilizate în domeniul sanitar sunt evaluarea: nevoilor, procesului, rezultatelor precum și analiza de politici. În mod obișnuit, cercetarea evaluativă se poate descompune în șase tipuri de analiză: strategică, a intervenției, a productivității, cost-beneficiu (cost-eficacitate, cost-utilitate), efectelor și de implementare după cum urmează:

- a. *Analiza strategică*, a unei intervenții se poate realiza plecând de la studiul pieței, al nevoilor și al metodelor de determinare a priorităților, prin intermediul ei se analizează pertinenta intervenției, adică gradul de adecvare strategică între intervenție și situația problematică de la care s-a pornit. În acest sens se verifică dacă: este necesară/pertinentă intervenția pentru această problemă, ținând cont de toate celelalte probleme existente și este bine să se intervină în acest mod? Cu alte

cuvinte, *factorul de risc, asupra căruia se aplică intervenția, este cel mai important?; populația-țintă aleasă este cea mai expusă? și resursele puse în joc sunt cel mai bine adaptate?* Această analiză implică studiul modului de identificare a situației problematice, ceea ce cuprinde metode folosite pentru aprecierea nevoilor, a gradului de prioritate a problemei de sănătate alese în raport cu ansamblul problemelor identificate, precum și a pertinentei intervenției în raport cu toate intervențiile posibile;

- b. ***Analiza intervenției***, constă în studiul modului în care resursele sunt folosite pentru a produce servicii. În această etapă se analizează dacă pot fi produse mai multe servicii cu aceleași resurse? și/sau dacă pot fi produse același număr de servicii cu resurse mai puține?;
- c. ***Analiza productivității***, implică faptul că productivitatea se poate măsura fie în unități fizice (caz în care este vorba de productivitatea fizică), fie în unități monetare (atunci când este vorba de productivitatea economică). Pentru a analiza productivității unei intervenții, trebuie să se măsoare și să fie definit produsul său, lucru care este destul de dificil de realizat în domeniul îngrijitor de sănătate, deoarece în acest domeniu, intervențiile produc diferite tipuri de output-uri. Resursele organizaționale sunt folosite, primordial, pentru a produce servicii de suport. Este

vorba, de rezultate intermediare care, în combinație cu input-urile profesionale, duc la producerea de servicii clinice care se transformă în output-uri (rezultate) primare. Acestea, combinate pentru a rezolva problemele de sănătate ale unui pacient, produc episoade de tratament, care sunt output-urile finale necesare ameliorării stării de sănătate a pacientului. Productivitatea poate fi analizată la mai multe niveluri: fie este vorba de productivitatea resurselor în cadrul serviciilor de suport (spre exemplu: productivitatea personalului auxiliar, de întreținere, a serviciului alimentar etc.); fie se ia în considerare productivitatea resurselor profesionale în cadrul serviciilor clinice (spre exemplu: a resurselor de laborator, a secției de radiologie etc.). Metodele de analiză ale productivității sunt derivate din metodele de contabilitate analitică și implicit de metodele economice. În acest sens, putem apela la analiza randamentului care constă în punerea în relație a analizei resurselor angajate cu a celei a efectelor obținute. Ea reprezintă o combinație între analiza de productivitate economică și analiza efectelor. În mod obișnuit, evaluarea randamentului unei intervenții se efectuează cu ajutorul analizelor cost–eficacitate și cost–utilitate;

- d. Cu ajutorul *analizei cost–beneficiu* se exprimă costurile intervenției cu toate avantajele pe care aceasta le atrage după sine. În analiza cost–eficacitate și cost–utilitate se exprimă costurile

financiare, în timp ce avantajele sunt exprimate prin intermediul indicilor reali ai rezultatelor (reducerea durerii, ani de viață câștigați, indice de satisfacție etc.). Analizele cost-beneficiu sunt mai generale. Ele implică determinarea avantajelor și costurilor intervenției pentru optimizarea alocării resurselor. Specialiștii din domeniu, susțin că este foarte dificil de aplicat acest tip de analiză în domeniul sănătății, din cauza dificultății de a valoriza din punct de vedere financiar variațiilor stării de sănătate;

- e. *Analizele cost-eficacitate și cost-utilitate* sunt de dată recentă și constau în compararea diverselor costuri ale intervenției cu eficacitatea lor asupra beneficiarilor sau cu utilitatea pe care beneficiarii o obțin din intervenție. Aceste analize permit compararea diverselor intervenții care au obiective diferite. În mod normal, s-a constatat imposibilitatea stabilirii acestei comparații pornind de la rezultatele analizei cost-eficacitate. Din păcate în practică s-a ajuns la concluzia că determinarea utilității asociate diferitelor tipuri de efecte pune serioase probleme conceptuale și metodologice. Dificultățile metodologice întâmpinate prin punerea în practică ale acestei analize rezidă în măsurarea avantajelor și stabilirea criteriilor permanente de comparare a randamentului diferitelor opțiuni. Analiza rezultatelor constă în evaluarea influenței pe

care o au serviciile asupra stării de sănătate prin intermediul căreia se poate determina eficacitatea serviciilor. Măsurarea rezultatelor/efectelor, care sunt așteptate/dorite sau nu, depinde de tipul de cercetare vizat. În acest caz, conceptul de eficacitate nu deține un sens absolut. El trebuie să fie calificat în funcție de contextul în care este efectuată cercetarea, de natura intervenției evaluate și de finalitatea exercițiului evaluării. Pe de altă parte, putem vorbi de eficacitate teoretică atunci când ne situăm în contextul cercetării de laborator, în care nu există variabilitate individuală iar mediul poate fi controlat. Pot fi aplicate studii de randomizare, care măsoară ceea ce se numește eficacitate experimentală, astfel intervenția este aplicată într-un mod total și optim pentru fiecare subiect care este supus intervenției. Eficacitatea de studiu ține cont de variațiile individuale, dar nu ține cont de variantele comportamentale ale beneficiarilor și profesioniștilor. Se poate observa apariția unei eficacități utilizate, în context natural, asupra rezultatelor unei intervenții și/sau asupra indivizilor care au beneficiat de ea. Caz în care diferențele în nivelele de eficacitate observate se datorează variațiilor furnizorilor. Există și o eficacitate populațională, care ia în considerare efectele unei intervenții asupra

întregii populații căreia îi este destinată intervenția nu doar asupra indivizilor care beneficiază în mod direct. În acest caz, se ține cont de gradul de acoperire al intervenției, de accesibilitatea și acceptabilitatea pentru populația-țintă. În analiza efectelor trebuie să se ia în considerație nu doar efectele dorite, ci și cele nedorite. Este foarte important să se țină cont de factorii externi ai intervenției asupra populației-țintă precum și de cei care acționează asupra altor populații care nu sunt vizate în mod direct. Într-o analiză a efectelor este stringent necesar să se facă nu doar analiza efectelor pe termen scurt, ci și analiza efectelor pe termen lung pentru a avea o viziune mai amplă a situației date. În practica sanitară, metodele de analiză a eficacității unei intervenții sunt numeroase și pot fi de natură experimentală sau sintetică, cantitative sau calitative;

- f. *Analiza de implementare* deși reprezintă ultima etapă a unui proces complex de management al calității, constă atât în măsurarea influenței variațiilor gradului de implementare a intervenției asupra acestor efecte cât și în aprecierea influenței mediului, a contextului în care intervenția este implementată. Acest tip de analiză este foarte pertinentă când se observă o mare variabilitate în rezultatele obținute prin

ansamblul intervențiilor implementate în contexte diferite. Analiza de implementare este importantă atunci când intervențiile analizate sunt complexe și compuse din elemente secvențiale, asupra cărora contextul poate acționa prin diferiți factori. Primul tip de analiză de implementare constă în măsurarea influenței variației asupra gradului de implementare a intervenției în diferite contexte. La limită, absența efectului poate să ateste faptul că intervenția evaluată nu a fost implementată.

Al doilea tip de analiză de implementare constă în evaluarea efectelor interdependenței care poate să existe între intervenția însăși și contextul în care intervenția este realizată. Să în acest caz trebuie să evaluăm legătură cu sinergismul care poate exista între un context și intervenție sau, din contra, asupra antagonismelor existente între intervenție și context, cu alte cuvinte, trebuie să determinăm care sunt efectele inhibitoare ale contextului asupra efectelor intervenției. Studiile de caz reprezintă cele mai indicate metodele de abordare ale analizei de implementare a unui program din domeniul medico-sanitar.

Bibliografie

1. **Adăscăliței Virgil**, *Tehnici promoționale fundamentate*, Editura Universității, Brașov, 2002.
2. **Adair J.**, *Arta de a conduce*, București: Grupul Editorial Cosmos Viking Pinguin, 2006.
3. **Anghel Petre**, *Stiluri și metode de comunicare*, Editura Aramis, București, 2003.
4. **Armstrong M.**, *Personnel management practice*, Kogan Page Publisher, London, 1997.
5. **Armstrong Michael**, *Handbook of Human Resource Management Practice*, 12th Edition, London, Publishing by Kogan Page, 2012.
6. **Armstrong Michael**, *Armstrong's Handbook of Human Resource Management Practice*, Kogan Page; 13 edition, 2014.
7. **Armstrong Michael** *Handbook of Strategic Human Resource Management*, 6th Edition Kogan Page, London, Published: 3rd March 2016.
8. **Avram Eugen**, *Psihologia personalității. Arhitectura și dimensiuni*, Editura Universitara, București, 2009.
9. **Badea Elena, Bărbuță Delia, Chiriac Nona și colab.**, *Managementul spitalului*, Editura Public H Pres.s, București, 2006.

10. **Badea Elena, Bărbuță Delia, Chiriac Nona et al,** *Managementul spitalului*, Editura Public H Press, București, 2006, p. 16, apud Katz Robert, *Skills of an Effective Administrator*, *Harvard Business Review*, September/October, 52(5), 1974.
11. **Balle M., Champion Daviller M.,** *Organizer les services des sains. Le management par la qualité*. Edition Masson, Paris, 2015.
12. **Burduș Eugen, Popa Ion,** *Fundamentele managementului organizației*, ediția a III-a, București, 2013.
13. **Burduș Eugen, Căprărescu Gheorghiță, Androniceanu Armenia, Miles Michael,** *Managementul schimbării organizaționale*, Editura Economică, București, 2000.
14. **Baron A. Robert, Branscombe R. Nyla, Byrne R. Donn,** *Social Psychology*, 12th ed., Boston, MA: Pearson/Allyn and Bacon, 2009.
15. **Burke Peter,** *Istorie și teorie socială*, București, Editura Humanitas, 1999.
16. **Caplow Theodore,** *L'enquête sociologique*, Cambridge, Editura A. Colin, 1970.
17. **Cascio Wayne,** *Managing Human Resources*, McGraw-Hill/Irwin; 9 edition, London, 2012.
18. **Chișu Veronica Ana,** *Manualul specialistului în resurse umane*, Casa de Editură Irecson, București, 2001.
19. **Cherrington David J.,** *The Management of Human Resources*, Publisher Allyn and Bacon, Boston, 1991.
20. **Chiru Mihaela,** *Consilierea carierei adulților*, Editura Institutului de Științe ale Educației, București, 2003.
21. **Ciurea A.V., Ciubotaru V.Gh., Avram E.,** *Dezvoltarea managementului în organizațiile sănătății*, București, Editura Universitară, 2007.

22. **Ciurea A.V., Ciubotaru V. Gh., Avram E.,** *Management în unitățile medico-sanitare*, București, Editura Universitară, 2011.
23. **Cicea Claudiu, Alexandru Gheorghe,** *Caracteristicile funcțiunilor managementului în cadrul serviciilor medicale, Economia, seria Management*, Anul XI, Nr. 1, 2008, (pp. 10-20), p. 17.
24. **Clipa C.,** *Comportament organizațional*, Editura Universității „Alexandru Ioan Cuza”, Iași, 2008.
25. **Covey Stephen R.,** *The 7 Habits of Highly Effective People: Powerful Lessons in Personal Change*, New York, Simon & Schuster; Anniversary Edition, 2013.
26. **Cornescu Viorel, Curteanu Doru, Marineascu Paul, Toma Sorin,** *Management – de la teorie la practică*, Editura Universității din București, București, 2003.
27. **Cornescu Viorel, Mihăilescu Ioan, Stanciu Sică,** *Managementul general*, Editura Actami, București, 2001.
28. **Cole G. A.,** *Management. Teorie și practică*, Editura Știința, Chișinău, 2004.
29. **Cole Gerald A.,** *Managementul personalului*, Editura Codecs, București, 2000.
30. **Collins Jim, Porras Jerry I.,** *Afaceri clădite să dureze*, Editura Curtea veche, București, 2006.
31. **Craiovan Mihai Petru,** *Psihologia muncii și a resurselor umane*, Editura Reneissance, București, 2008.
32. **Crosby Philip B.,** *Quality Is Free: The Art of Making Quality Certain: How to Manage Quality – So That It Becomes A Source of Profit for Your Business*, 1st Edition, McGraw-Hill Companies, 1979.
33. **Daniels Aubrey,** *Managementul performanței, strategii de obținere a rezultatelor maxime la angajați*, București, Editura Polirom, 2007.

34. **Deaconu A., Rașcă L. et al**, *Comportamentul organizațional și gestiunea resurselor umane*, Editura A.S.E., București, 2002.
35. **Deaconu Alecsandrina, Podgoreanu Simona, Rasca Lavinia**, *Factorul uman și performanțele organizației*, Editura ASE, București, 2004.
36. **Dinu Mihai**, *Comunicarea*, Editura Științifică, București, 1997.
37. **Dessler Garry**, *Personnel/ Human Resource Management*, London, Prentice Hall, 13 edition, 2015.
38. **Dima I. C., Nedelcu M. V.**, *Management industrial*, Editura Național, București, 2000.
39. **Dodu Marius, Horia Raboca, Ciprian Tripon**, *Managementul resurselor umane*, Suport de curs, Cluj-Napoca, Tipografia UBB, 2013.
40. **Donabedian Avedis**, *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*, Oxford University Press, 2003.
41. **Donabedian A.**, *Explorations in Quality Assessment and Monitoring*, Volume I. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor: Health Administration Press; 1980.
42. **Donabedian A.**, *Guide to Medical Care Administration*. American Public Health Association. Washington, 1969.
43. **Donabedian A.**, *Evaluating the quality of medical care*. Milbank Memorial Fund Quaterly, 1996.
44. **DuBrin J. Andrew**, *Fundamentals of Organizational Behavior*, 4th Edition, South-Western College Publisher, 2016.
45. **Enăchescu Dan, Cert. St. III dr. Silvia Florescu**, *Metode și tehnici actuale în cercetarea serviciilor de sănătate*, Revista Management în sănătate, București, No.3/2007, (pp. 30-34), p.30.

46. **Ețco Constantin**, *Management în sistemul de sănătate*, Editura Epigraf, Chișinău, 2006.
47. **Frățilă Camelia, Duică Mircea Constantin**, *Managementul resurselor umane. Concepte. Practică. Tendințe*, Editura Bibliotheca, Târgoviște, 2014.
48. **Friedman Leonard, Anthony R. Kovner**, *101 Careers in Healthcare Management*, 1st Edition, New York, Springer Publishing Company, 2012.
49. **Friedson Eliot**, *Professionalism, the Third Logic: On the Practice of Knowledge*, 1st Edition, University of Chicago Press, 2001.
50. **Feigenbaum Armand V.**, *Total Quality Control*, 4th edition, London, McGraw-Hill Professional, 2004.
51. **Gavrilă Tatiana, Lefter Viorel**, *Managementul general al firmei*, ediția a II-a, Editura Economică, București, 2004.
52. **Gary Johns**, *Comportament organizațional*, Editura Economică, București, 1998.
53. **Gheorghe Ingrid Laura**, *Managementul spitalului*, București, Editura Public H Press, 2006.
54. **Gomez-Mejia R. Luis, David Balkin, Robert Cardy**, *Managing Human Resources*, 7th Edition, Prentice Hall, London, 2011.
55. **Gronroos Christian**, *Service Management and Marketing: Customer Management in Service*, 3 edition, New-York, JW, 2007.
56. **Hanson K. et al**, *Is Private Health Care the Answer to the Health Problems of the World's Poor?* PLOS Medicine, 2008.
57. **Hargie Owen, Tourish Denis**, *Auditing Organizational Communication*, New York, Taylor&Francis, 2009.
58. **Heneman Herbert G., Timothy A. Judge, John D. Kammeyer-Mueller**, *Human Resource Management*, 7th edition, Publisher: McGraw-Hill Education, Boston, 2011.

59. **Hellriegel Don, John W. Slocum**, *Organizational Behavior*, 13th Edition, South-Western College Publisher, 2010.
60. **Hohan, I., Wiener, U.(coord.)**, *Enciclopedia Calității*, Editura Oficiul de Informare Documentara pentru Industrie, Cercetare, Management, Bucuresti, 2005.
61. **Hsiao W.**, *A Framework for Assessing Health Financing Strategies and the Role of Health Insurance*, ch2, in *An International assessment of health care financing. Lessons for developing countries*, 1995, eds. Dunlop D. and Martins J, Economic Institute of The World Bank, Washington DC, 1995.
62. **Iacob Dumitru**, *Managementul organizațiilor: Comunicare organizațională*, București, Curs Școala Națională de Științe Politice și Administrative, 2006.
63. **Ilieș Liviu**, *Managementul firmei*, Editura Dacia, Cluj-Napoca, 2003.
64. **Ionescu Gh., Cazan E., Negrușă A. L.**, *Management organizațional*, Editura Tribuna Economică, București, 2001.
65. **Jaradat Mohammad**, *Managementul unităților sanitare*, Editura Dacia, Cluj-Napoca, 2006.
66. **Jaradat Mohammad**, *Bazele managementului*, Editura Risoprint, Cluj-Napoca, 2007.
67. **Jary David, Julia Jary**, *Collins Dictionary of Sociology*, Publisher: Collins; Third edition edition, 2000.
68. **Johns Gary, Alan M. Saks**, *Organizational Behaviour*, Prentice Hall Canada, 7Rev Ed edition, 2007.
69. **Johns Gary**, *Organizational Behaviour: Understanding and Managing Life at Work*, Toronto, Pearson Education Canada, 2013.
70. **Juran J.M., Frank M. Gryna**, *Juran's Quality Control Handbook*, 4th edition, London, Mcgraw-Hill (Tx); 4th edition, 1988.

71. **Kerekes L., Sraum Ghe.,** *Sisteme de management conform standardelor internaționale*, Editura Dacia, Cluj-Napoca, 2011.
72. **Kerekes Ladislau,** *Managementul calității*, Editura Status, Miercurea Ciuc, 2009.
73. **Klatt Lawrence A., Murdick Robert G., Schuster Fred E.,** *Human Resource Management*, Publishing A. Bell Howell Company, London, 1985.
74. **Lazăr Ioan, Mortan Maria, Vereș V., Lazăr Sorin Paul,** *Management general*, Editura Risoprint, Cluj-Napoca, 2004.
75. **Manolescu Aurel,** *Managementul resurselor umane*, Ed. Economică, București, 2001.
76. **Marcu Mihail Grigore, Mincă Dana Galieta,** *Sănătate publică și management sanitar*, Editura Universitară „Carol Davila”, București, 2003.
77. **Martin Molcom, Jackson Tricia,** *Practica de personal*, Editura Codecs, București, 2011.
78. **Mathis Robert L., Nica Panaite C., Rusu Corneliu,** *Managementul resurselor umane*, Editura Economică, București, 1997.
79. **McKee, M. and Healy, J.,** *Hospitals in a changing Europe, European Observatory on Health Care Systems*, Open University Press, 2012.
80. **Mincă Dana Galieta, Voinea Griffin Andreea,** *Noțiuni de bază ale managementului organizațional în sănătate*, Editura Universitară „Carol Davila”, București, 2003.
81. **Mihuț Ioan et al,** *Management general*, Editura Carpaticea, Cluj-Napoca, 2003.
82. **Milkovich George, Boudreau John, Carolyn Milkovich,** *Human Resource Management: a Diagnostic Approach*, Hardcover, 8th Edition, Published Irwin, 2008.

83. **Mondy R. Wayne**, *Human Resource Management*, 13th Edition, Prentice Hall, New Jersey, 2013.
84. **Mondy R. Wayne, Noe Robert M., Premeaux Shane R.**, *Human Resource Management*, 8th edition, Prentice Hall Publishing, New Jersey, 2002.
85. **Murray, Christopher J. L. and Frenk Julio**, *A framework for assessing the performance of health systems*, Bulletin of the World Health Organisation, 2000, 78 (6), p.1.
86. **Năstase Marian**, *Stiluri de leadership în cadrul organizațiilor*, Anul IX, Nr. 2, *Economia, seria Management*, 2006.
87. **Neculau Andreea Elena, Marius Mărginean**, *Monitorizarea managementului cabinetului medicului de familie studiu de caz cu utilizarea instrumentului European Practice Assesment (EPA)*, Centrul Național de Studii pentru Medicina Familiei, București, 2013.
88. **Nicolescu Ovidiu, Verboncu Ion**, *Management*, ediția a III-a, revizuită și adăugită, Editura Economică, București, 1999.
89. **Nicolescu Ovidiu, Verboncu Ion**, *Fundamentele managementului organizației*, Editura Universitară, București, 2008.
90. **Nicolescu Ovidiu, Verboncu Ion**, *Managementul organizației*, Editura Economică, București, 2007.
91. **Novac Carmen**, *Evaluarea în Managementul Resurselor Umane*, Editura Comunicare.ro, București, 2007.
92. **Opincaru C., Gălețescu M., Imbri E.**, *Managementul calității serviciilor în unitățile sanitare*, București, Editura C.N.I. Coresi, 2004.
93. **Owen H., Hodgson Vicky, Gazzard N.**, *Manual de leadership, Ghid practic pentru un leadership eficient*; Editura Codecs, București, 2006.
94. **Păuș Viorica Aura**, *Comunicare și resurse umane*, Iași, Editura Polirom, 2006.

95. **Pânzaru Stelian**, *Comportament organizațional*, Tipografia Universității „Spiru Haret”, Brașov, 2009.
96. **Paraschivescu Andrei Octavian**, *Managementul calității*, Ediția A-II-a Editura Tehnopress, Iași, 2006.
97. **Palmer RH, Donabedian A, Povar GJ.**, *Striving for Quality in Health Care: An Inquiry into Policy and Practice*. Chicago, IL: Health Administration Press; 1991.
98. **Pânișoară Georgeta, Pânișoară Ion Ovidiu**, *Managementul resurselor umane*, Iași, Editura Polirom, 2007.
99. **Peretti Jean-Marie**, *Gestion des ressources humaines*, Editeur Vuibert, 19e édition, Collection Entreprise, Paris, 2013, (pp. 59-67), p.63.
100. **Pell Arthur R.**, *The complete Idiot's guide*, 3rd edition, Alpha Book Publisher, New York, 2003.
101. **Petrescu Ion, Segnete Gheorghe**, *Fundamentele practicii manageriale*, Editura Maiko, București, 1994.
102. **Petrovai Domnica**, *Eficiența în viața profesională și cea personală*, Editura CPE, București, 2006.
103. **Pipas Maria Daniela**, *Managementul comunicării organizaționale*, Editura Risoprint, Cluj-Napoca, 2015.
104. **Pipaș Maria Daniela, Jaradat Mohammad**, *Managerial communication and leadership styles, Supplement of Quality Access to Success, Journal of management system*, vol.13, S2, 2012, p.82.
105. **Pipaș Maria Daniela**, *“The interdependence between management, communication, comportamental behavior and performance”, The annals of the University of Oradea, Economic sciences*, tom XXII, 1st issue, july 2013, (pp. 1393-1401), p. 1394.
106. **Pipaș Maria Daniela, Jaradat Mohammad, Pipaș Alexandra Luana**, *„Managementul organizațional și interferențele acestuia în comunicare”*, revista Acta universitatis „Bogdan Vodă”, series Oeconomica, 2012, nr.15, (pp.49-55) p.51.

107. **Ploae Victor**, *Economia întreprinderii*, Editura Ex Ponto, Constanța, 2000.
108. **Popescu Constanța**, *Structura organizațiilor*, Târgoviște, Editura Bibliotheca, 2004.
109. **Popescu Delia Mioara**, *Management. Concepte, principii, metode, probleme, studii de caz, jocuri de roluri*, București, Editura Economică, 2006.
110. **Purdea Dumitru, Jaradat Mohammad**, *Managementul general al resurselor umane*, Editura Risoprint, Cluj Napoca, 2011.
111. **Preston SH.**, *Mortality and development revisited*, Population Bulletin of the United Nations, 1986.
112. **Raboca Horia Mihai**, *Managementul calității în administrație publică*, București, Editura Tritonic, 2013.
113. **Rees W.David, Porter Cristine**, *Skills of Management*, Publisher: Cengage Learning; 6th edition 2008.
114. **Richard D. Lewis**, *When Culture Collide*, 3rd Edition, London, Nicholas Brealey Publishing, 2005.
115. **Richardson J, McKie J.**, *Economic evaluation of services for a National Health scheme: the case for a fairness-based framework*. J Health Econ. 2007; 26(4):785-799.
116. **Robbins S.P., Coulter M.**, *Management*, 8th edition, Pearson Prentice Hall Publisher, New Jersey, 2005.
117. **Schermerhorn J. R. Jr., Hunt J. G., Osborn R. N.**, *Organizational Behavior*, 12th Edition, London, John Wiley&Sons, 2011.
118. **Schein E. H.**, *Organizational culture Leadership*, ediția 2, San Francisco, 1993.
119. **Schifirnet Constantin**, *Sociologie*, București, Editura Comunicare.ro, 2004.
120. **Shi Leyiu**, *Health Services Research Methods*, Delmar Publisher, University of Michigan, USA, 1997.

121. **Stanciu Dumitru Radu**, *Managementul resurselor umane*, Editura Printech, București, 1999.
122. **Stanciu I.**, *Managementul calității totale*, București, Editura Cartea Universitară, 2003.
123. **Stanciu Ștefan, Ionescu Mihaela Alexandra**, *Comportament organizațional*, Editura Comunicare.ro, București, 2007.
124. **Stanciu Ștefan**, *Managementul resurselor umane*, Editura SNSPA, București, 2001.
125. **Stanciu Ștefan, Ionescu Mihaela, Leovaridis Cristina, Stănescu Dan**, *Managementul resurselor umane*, Editura Comunicare.ro, București, 2003.
126. **Stone, R.J.**, *Human Resource Management*, John Wiley and Sons Ltd., New York, 2005.
127. **Storey John**, *Human Resource Management: A critical Text*, 3 edition, Publisher: Cengage Learning, Andover, Hampshire, 2007.
128. **Stull M. K., Pinkerton S.**, *Strategii actuale pentru administratorii asistențelor medicali*, Publicația Aspen, Maryland, SUA, 1988, (pp.79-91), p.83.
129. **Șraum, Gheorghe**, *Merceologie și asigurarea calității*, Cluj-Napoca, Editura George Barițiu, 2000.
130. **Tan A, Freeman JL, Freeman DH Jr.** *Evaluating health care performance: strengths and limitations of multilevel analysis*. Biom J. 2007; 49(5):707-718.
131. **Taylor Frederik Winslow**, *The Principles of Scientific Management*, Harper & Brothers Publishers, New York and London, 1919.
132. **Tămășan (Bakri) Camelia Lucia**, *Management of the family doctor's practice*, review Quality – access to success, vol. 16, S2, 2015, (pp. 174-179), pp. 175-176.
133. **Tran Vasile, Stănciugelu Irina**, *Teoria comunicării*, București, Editura SNSPA, 2003.

134. **Țigu G.**, *Etica afacerilor în turism*, Editura Uranus, București, 2005.
135. **Torrington Derek, Hall Laura**, *Personnel Management: HRM*, Editura Action Prentice-Hall International, London, 1995.
136. **Vagu Paraschiv, Stegăroiu Ion**, *Lideriatul – de la teorie la practică*, Editura Bibliotheca, Târgoviște, 2006.
137. **Van Cuilenburg J.J., Scholten O., Noomen G.W.**, *Știința comunicării*, Editura Humanitas, București 2000.
138. **Van den Hombergh P.**, *Practice visits. Assessing and improving management in general practice*. Dissertation. Nijmegen: Nijmegen University, 1988.
139. **Vilcot M.**, *Qualité dans les établissements de Santé*, Edition Afnor, 2002.
140. **Vitalia Ileana L.**, *Abordarea și dezvoltarea carierei. Elemente teoretice și practice*, Editura Universitaria, Craiova, 2003.
141. **Vlad Daniel Valerius**, *Schimbare și dezvoltare organizațională*, Editura Risoprint, Cluj-Napoca, 2010.
142. **Vlădescu Cristian, coordonator**, *Sănătate publică și management sanitar*, Editura Cartea Universitară, București, 2004.
143. **Vlădescu C., Predescu M., Stoicescu E.**, *Sănătate Publică și Management Sanitar*, Editura Exclus, București, 2002.
144. **Vlădescu Cristian**, coordonator, *Managementul serviciilor de sănătate*, Editura Expert, București, 2000.
145. **Vlăsceanu Lazăr, Cătălin Zamfir (coord.)**, *Dicționar de sociologie*, București, Editura Babel, 1993.
146. **Vlăsceanu Mihaela**, *Managementul carierei. Să învățăm să ne construim o carieră*, București, Editura Comunicare.ro, 2002.
147. **Vlăsceanu Mihaela**, *Organizații și comportament organizațional*, București, Editura Polirom, 2003.

148. **Zanoschi Georgeta**, *Sănătate publică și management sanitar*, Ed. Edit Dan, Iași, 2003.
149. **Wilson M. Fiona**, *Organisational Behaviour and work: A critical Introduction*, 3rd Edition, Oxford, Oxford University Press, 2010.
150. **Wymer W.E., Carsten J.M.**, *Alternative Ways to Gather Opinions*, HR Magazine, nr.37, 1992, (pp.71-78), p.76.
151. * * * Unicef România, *Managementul calității – îmbunătățirea continuă a calității serviciilor de sănătate*, România, 2000.
152. * * * Organizația Mondială a Sănătății, *Rezoluția Nr. 5123/1998 a Adunării Mondiale a Sănătății*, a 51-a Sesiune a Adunării Mondiale a Sănătății WHA 51.23 16 mai 1998.
153. * * * Ordinul MS nr. 834/2011 privind aprobarea Criteriilor pentru clasificarea pe categorii a unităților și subunităților sanitare, stabilirea nivelului de salarizare pe grade pentru personalul cu funcții de conducere, precum și funcțiile care beneficiază de un număr de clase suplimentare față de salariul de bază (Anexa 30).

Bibliografie web

1. **Astărăstoae V., Ioan B., Borcean Gh., Fătu L.**, *Răspunderea profesională medicală*, <http://www.cmr.ro/raspunderea-profesionala-medicala/>, publicat la 7 februarie 2012.
2. **Cornescu V., Marinescu P.**, et al; "Leadeship"; <http://ebooks.unibuc.ro/StiinteADM/cornescu/cap.9.htm>, februarie, 2004.
3. **Deming Edward, W.** *Edwards Deming's 14 Points for Total Quality Management*, <http://asq.org/learn-about-quality/total-quality-management/overview/deming-points.html>.

4. **Lațcu D.**, „Ethical Student Conference Aarhus – raport științific” (Danemarca), august 1999, p.5, <http://www.cmb.ro/etica/esc1999.pdf>.
5. **Neculau E.A., Mărginean M.**, *Monitorizarea managementului cabinetului medicului de familie studiu de caz cu utilizarea instrumentului European Practice Assesment (EPA)*, 2009, <http://cnsmf.ro/wp-content/uploads/2013/11/EPA.pdf>.
6. **Niculescu Maria**, *Competențe manageriale – modalități de abordare*, disponibil la adresa: www.codecs.ro/images/ManagementPerformant.pdf, publicat în 30 mai 2007.
7. **Popovici S.**, <http://www.oamr-iasi.ro/articole/art02.php>, publicat în 2003.
8. **Raicu G.**, *Etica medicală*, <http://www.cmb.ro/etica/intro.html>.
9. **This R.**, *Etica și responsabilitatea socială*, <https://dreptmd.wordpress.com/cursuri-universitare/etica-si-deontologia-juridica/etica-si-responsabilitatea-sociala/>
10. **Țerbea Oana, Cioclov Roxana, Costică D. et al**, „Ghid de lucru în echipă”, disponibil la adresa: <http://www.practica-ta.ro/wp-content/uploads/custom/probationers/ghid-de-lucru-in-echipa.pdf>.
11. **Zaharia Răzvan**, *Istoria sănătății publice, Bolile-probleme de sănătate publică*, <http://www.umfiasi.ro/masterate/Suporturi%20de%20curs>.
12. Institutul Național de Statistică, Activitatea unităților sanitare în anul 2014, http://www.insse.ro/cms/files/publicatii/publicatii%20statistice%20operative/33_Activitatea%20unitatilor%20sanitare%20in%20anul%202014.pdf.
13. Strategia de dezvoltare regională 2014-2020, Axa prioritară 6: Dezvoltarea resurselor umane, creșterea incluziunii sociale, disponibil la adresa: http://www.adrcentru.ro/Document_Files/strategia2014-2020/00001446/if3d6_Axa%20prioritar%C4%83%206.%20Dezvoltarea%20resurselor%20umane.pdf

14. The new definition of family medicine, disponibil la adresa: www.globalfamilydoctor.com/publications.
15. SPG Consulting, 2013 Q1-2 Net Promoter Score Interpretation disponibil la adresa <http://www.spg-consulting.com>.
16. INS – <http://statistici.INSSE.ro/>, accesat la data de 12.06.2016.



ISBN: 978-606-37-0512-0